



**EXPERIENCIAS DE MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN.2018. ¿QUE FUE LO
QUE PASO?**

JESSICA LIZETH VALENCIA RODRIGUEZ

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI
2019**

**EXPERIENCIAS DE MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN.2018. ¿QUE FUE LO
QUE PASO?**

JESSICA LIZETH VALENCIA RODRIGUEZ

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al título de Magíster
en Salud Pública**

**Directora
NHORA LUCIA ARIAS QUIJANO
Enfermera. Esp Enf. Salud Familiar Msc Epidemiología**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
SANTIAGO DE CALI
2019**

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santiago de Cali, 2020

Al motor de mi vida, mi familia,
por su apoyo incondicional, su amor interminable y por ser la razón de todo.

A mi directora, por su luz,
por su acompañamiento incansable para lograr culminar este proyecto de vida.

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus más sinceros agradecimientos:

Al Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E por abrir las puertas para el desarrollo de este estudio.

A las mujeres quienes vivieron casos de MME que son la razón de ser de este estudio y a las participantes por compartir su experiencia en pro de los demás.

A mis profesores, jurados y a la Escuela de Salud Pública por formar el futuro en cada uno de nosotros y así contribuir a lograr un país más justo socialmente.

Tabla de contenido

RESUMEN	11
1. INTRODUCCION.....	12
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
4. OBJETIVO	30
METODOS	31
5.1 Tipo de estudio.....	31
5.2 Participantes.....	32
5.3 Estrategia de Muestreo.....	33
5.4 Recolección de información.....	33
5.7 Validación de datos.....	43
6. CONSIDERACIONES ETICAS	44
7. RESULTADOS.....	45
7.1 Características de mujeres	45
7.2 Categorías emergentes	48
8. DISCUSION	61
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	69
3. ANEXOS	83
10.1 Aval Comité Ética Universidad del Valle	83
10.2 Aval Comité Ética Hospital Universitario San José Popayán	85
10.3 Guía de entrevista.....	87
10.4 Consentimiento Informado.....	88
10.5 Asentimiento.....	92

Listado de tablas

Tabla 1 Categorías Emergentes – Codificación axial.....	36
Tabla 2 Ordenamiento categorías y ejes	40
Tabla 3 Características de las mujeres con Morbilidad Materna Extrema incluidas en el estudio. Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, 2018	46
Tabla 4 Características del evento Morbilidad Materna Extrema en las mujeres incluidas en el estudio. Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E .2018.	47

Listado de Imágenes

Imagen 1 Ejemplo codificación abierta	35
Imagen 2 Ejemplo codificación selectiva	39

Listado de figuras

Figura 1 Retrasos en la atención oportuna y adecuada de una gestante	24
Figura 2 Factores asociados con demoras en la búsqueda de atención para enfermedades maternas y neonatales.	29
Figura 3 Categorías emergentes en las experiencias de mujeres con Morbilidad Materna Extrema. Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, 2018.	48

SIGLAS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention Traducción: Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
FLASOG	Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
UNFPA-LAC	Fondo de Población de las Naciones Unidas Latinoamérica y el Caribe
HBM	Health Behavior Model Traducción: Modelo de comportamiento en salud
MCS	Modelo de creencias de Salud
MM	Mortalidad Materna
MME	Morbilidad Materna Extrema
MPS	Ministerio de Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

RESUMEN

La salud materna es un indicador de desarrollo de los países y sus resultados negativos generalmente se asocian con deficiencias en los sistemas y servicios de salud. La Morbilidad Materna Extrema se relaciona con situaciones en que las mujeres desarrollan complicaciones potencialmente mortales durante el embarazo, parto o puerperio y sobreviven permitiendo aportar información de gran utilidad para la reorientación de los servicios de atención obstétrica dirigiendo los esfuerzos a la búsqueda de la garantía de la calidad y la seguridad materna. En Colombia la tendencia de este evento muestra un comportamiento estadísticamente significativo hacia el aumento, pasando de 22,9 a 35,8 casos por 100.000 nacidos vivos en el periodo 2015-2019, similar a lo calculado para América Latina con 34 casos de MME por 100.000 nacidos vivos. **Objetivo:** Comprender las experiencias que vivieron las mujeres con Morbilidad Materna Extrema atendidas en el Hospital Universitario San José de Popayán en el año 2018. **Metodología:** Se utilizó un abordaje cualitativo en el marco de la teoría fundamentada. Se efectuaron entrevistas abiertas a 12 mujeres las cuales fueron transcritas textualmente. Utilizando el muestreo teórico y el método de comparación constante emergieron las categorías del fenómeno. **Resultados:** Darse cuenta, “voy a morir”, entregarse, desconexión, Desenlaces ¿Que pasa después? y los otros fueron las categorías emergentes que permitieron comprender lo sucedido desde la mirada de las participantes. **Conclusión:** Intentar comprender como se desarrollan los eventos como la Morbilidad Materna Extrema en su totalidad es complejo, solo explorando la mirada propia del individuo que lo vivió permite visualizar otros elementos que contribuyen a entender su influencia en el comportamiento de las personas, la prestación de los servicios de salud y por ende en los resultados obtenidos.

1. INTRODUCCION

La salud materna es un indicador de desarrollo de los países y sus resultados negativos generalmente se asocian con deficiencias en los sistemas y servicios de salud. La Morbilidad Materna Extrema (MME) entendida como “el estado en el cual una mujer casi muere, pero sobrevivió a una complicación ocurrida durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo” (1), contiene todos los aspectos de los eventos obstétricos que son posibles de analizar y que generan impacto en el sistema como el alto costo, la calidad de los servicios de salud, el acceso y los determinantes sociales (2) y cuenta con un elemento diferencial como es la capacidad de poder analizarla con la persona desde su propia vivencia, incluyendo entonces, elementos diferenciales que permiten nutrir el análisis y así establecer acciones contextualizadas en los servicios de salud y la población general.

Durante los últimos años la MME ha sido analizada desde el enfoque cuantitativo con el fin de establecer los criterios de clasificación, factores de riesgo, desenlace de los eventos y diferentes aspectos que han permitido identificar claramente los casos y su respectiva morbilidad, no obstante, aquellos elementos que no aparecen dentro de dicho contexto no han sido tan estudiados, se han adicionado algunos elementos cualitativos a la hora de realizar los análisis y han surgido algunas metodologías para acompañar el resultado con aspectos no analíticos, pero aún existe una necesidad de abordar el evento desde otra mirada. (3)

Este documento recoge una descripción de la Morbilidad Materna Extrema como complemento para el análisis y la problemática de la Salud Materna en diferentes contextos, los elementos conceptuales, el estado del arte en el tema, la metodología y los resultados para lograr comprender las experiencias que vivieron las mujeres con Morbilidad Materna Extrema atendidas en el Hospital Universitario San José de Popayán en el año 2018. Sus resultados permitirán potencialmente generar intervenciones desde los servicios, orientadas a mejorar los resultados de salud en las maternas que viven estas experiencias.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud materna ha sido considerada como un indicador de desarrollo de los países y sus resultados negativos generalmente se asocian con deficiencias en los sistemas y servicios de salud (1); en tal sentido, cualquier conjunto de acciones que apunte a reducir la mortalidad materna (MM) tiene un impacto significativo sobre los diferentes factores que condicionan la inequidad y el subdesarrollo de un país (2).

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres; en los países en desarrollo en 2015 fue de 239 por 100.000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados fue de 12 por 100 000. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna se distribuye entre África subsahariana quien aporta alrededor de la mitad de los casos y a Asia Meridional cerca de un tercio, más de la mitad de las muertes maternas se producen en entornos frágiles y contextos de crisis humanitaria (3), con grandes disparidades, ya sea entre los países o dentro de un mismo país, entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana (4).

En el mundo ha habido una notable reducción del número de muertes maternas, desde el 2000 al 2017, la tasa de mortalidad materna mundial disminuyó en un 38%, de 342 muertes a 211 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, según estimaciones interinstitucionales de la ONU. Esto se traduce en una tasa media anual de reducción del 2,9 por ciento. Si bien es sustantivo, esto es menos de la mitad de la tasa anual del 6,4% necesaria para alcanzar el objetivo global de Desarrollo Sostenible de 70 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

El sur de Asia logró la mayor reducción porcentual global en MM, con una reducción del 59% (de 395 a 163 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos). El África subsahariana logró una reducción sustancial del 39% de la mortalidad materna durante este período, sin embargo, este cambio ha sido diferencial, por ejemplo, en algunos países, las reducciones anuales de la mortalidad materna superaron el 5,5%. Al 2017 los países con las menores tasas de MME son los europeos que alcanzan tasas de 3 x 100.000 nv, visiblemente diferenciales a los países africanos donde las cifras son mayores a 1000x 100.000 nv. En la región caribe la tasa se encuentra en 89 x 100.000 nv, mientras que América oscila entre 12 x 100.000 nv que corresponde a Estados Unidos y 64 x 100.000 nv en Latinoamérica (5).

Estrategias como mejorar el acceso a la anticoncepción, la atención prenatal y la atención de partos por personal cualificado, a la reducción de esta problemática: 64% de las mujeres utilizaron alguna forma de anticoncepción, 81% recibió atención prenatal por lo menos una vez durante el embarazo, con un especial aumento en las mujeres en África del Norte con un incremento del 50% al 89% entre 1990 y 2014 y 90% de los partos fueron atendidos por personal cualificado (6) (7).

Como se ha descrito la mortalidad materna es un significativo problema de salud pública, y constituye la parte visible del problema, pues si se dirige la mirada de forma retrospectiva,

se encuentra que por cada muerte materna hay un sinnúmero de circunstancias, muchas de ellas pudieron prevenirse, para evitarla (8). El analizar las circunstancias que rodearon a la muerte materna y la evitabilidad de algunas de ellas, dio paso a un concepto que en la últimas dos décadas ha sido explorado como un complemento a la mortalidad materna, son los casos de mujeres que casi mueren, pero sobrevivieron a una complicación durante el embarazo, parto o posparto, denominado Morbilidad Materna Extrema (MME), o Maternal "Near Miss", utilizado generalmente en la literatura mundial desde que se usó en el Reino Unido por Stones en un estudio para evaluar la calidad de los servicios de ginecología en áreas de baja mortalidad materna (9) (10).

La MME fue incluida como asunto a tener en cuenta en la investigación debido a que puede aportar casos más frecuentes: por cada muerte materna hay nueve mujeres que desarrollan un evento de morbilidad materna (9), además el hecho de contar con la experiencia de las mujeres sobrevivientes permite que ellas puedan informar directamente sobre los problemas y los obstáculos que tuvieron durante el proceso de atención de la salud, proporcionando conclusiones más sólidas y rápidas de los problemas de la calidad de la atención obstétrica (11).

La hemorragia obstétrica es la primera causa de MME en el mundo, su incidencia varía entre los países, pero globalmente responde al 25 % de los casos. Aun en los países desarrollados, está entre las tres primeras causas de las complicaciones maternas. Canadá muestra que la principal causa de ingreso en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es la hemorragia obstétrica (26 %) y la hipertensión (21 %), en el sur de Inglaterra la principal causa es la enfermedad hipertensiva del embarazo con 39,5 %, seguido de la hemorragia obstétrica con el 33,33% (12).

80% de las complicaciones que se presentaron en las mujeres durante el proceso del embarazo, parto y puerperio se relacionan con las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión y los abortos peligrosos, 20% de ellas concluyeron en una muerte materna y el restante 60% fueron mujeres que sobrevivieron y conforman el grupo de las mujeres con MME (13) (14) (15).

Para visualizar el comportamiento de la MME, se realizó una revisión de la MME en el mundo, y a continuación se presenta una mirada desde Europa, Asia, América Latina, terminando en Colombia, el Departamento del Cauca y la ciudad de Popayán.

En el 2004 se realizó la primera revisión sistemática sobre MME entre 1997 y 2004 para determinar la MME en diferentes poblaciones encontró que las mujeres afroamericanas experimentaron significativamente más complicaciones en el embarazo (25,4%) en comparación con las mujeres blancas (21,7%) e hispanas (18,8%). La presencia de comorbilidades fue más alta entre las afroamericanas (9,1%) en comparación con las blancas (8,1%) y las hispanas (2,6%). La MME, sin embargo, fue significativamente mayor en las mujeres hispanas (5,9%) en comparación con las afroamericanas (4,6%) y las blancas (4,1%). Las mujeres hispanas tenían un 45% más riesgo de presentar condiciones de MME en comparación con las mujeres blancas (16).

En el 2012, se actualiza esta revisión, con una búsqueda sistemática en 46 países que involucró todas las regiones del mundo para analizar las diferencias entre las tasas de MME y el grado de desarrollo de los países, se encontró fuertes diferencias entre ellos al comparar las tasas MME según el ingreso de los países. En los países con ingresos bajos las tasas de MME oscilaron entre 2,10 y 4,43% frente a tasas entre 0,09 y 1,38% de los países con ingresos más altos (7). Asimismo, la paciente embarazada representa 1 a 2% de las admisiones a la Unidad de Cuidados Intensivos en países desarrollados, porcentaje que puede aumentar hasta 10% en países en vías de desarrollo¹, debido a condiciones socioculturales y económicas (15).

En América Latina, Brasil y Cuba los estudios para establecer las líneas de base frente a MME reportaron como las causas más frecuentes de complicaciones obstétricas relacionadas con la “casi muerte” de la madre la hipertensión inducida por el embarazo (26%), hemorragia (21%), complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones peligrosas (13%), trabajo de parto obstruido (12%), sepsis (8%), y otras causas directas (15%) y aunque la morbilidad materna extrema se ha estudiado menos que la mortalidad materna, se calcula que ocurren hasta 20 casos de morbilidad materna por cada muerte materna registrada, de estos casos, hasta una cuarta parte de las mujeres podrían sufrir secuelas graves y permanentes (17) (18) (19) (20) (21).

En Brasil para el año 2002 se reportó una incidencia de 21,2 por 1.000 nacidos vivos, con una razón de letalidad de 24:1, las complicaciones hipertensivas fueron responsables de 57,8 % de los casos, seguida por la hemorragia post -parto (18). El análisis de los datos reveló que hubo registro de atención inadecuada en 34 % de los casos, de ellos en 59 % se produjo el retraso en la iniciación de un tratamiento adecuado a pesar del hecho que la mujer ya había llegado a un centro de atención de la salud; en 43 %, el retraso se produjo en la búsqueda de atención, y en sólo 13% fue la demora por causas asociadas a dificultades para obtener acceso a los servicios de salud (13) (17). En otro estudio Morse y otros reportaron que la variación de la tasas de incidencia de la morbilidad materna severa en Brasil iba desde 81,4 al 9,4 por 1.000 nacidos vivos, la cual dependía de los criterios usados, sin embargo conservaba los rangos estimados en la literatura que van desde 0,7 a 101,7 casos por 1.000 nacidos vivos (22).

La MME se concentra en ciertas zonas geográficas y poblaciones de algunos países, y guarda relación con la cobertura de atención prenatal y del parto. Por ejemplo, 46% de las mujeres embarazadas en las poblaciones rurales acuden a cuatro visitas prenatales, en comparación con 74% de las mujeres urbanas. Otras comunidades marginadas como los pobres, los indígenas y los afrodescendientes muestran coberturas menores de control prenatal, atención de mala calidad y tasas altas de MME (23) (24) (25) (18).

En Colombia, la vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema, inicia a partir del año 2007, bajo la orientación del Ministerio de la Protección Social (MPS), el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud

¹ Países con ingresos bajos – países en vías de desarrollo/Países con ingresos altos - países desarrollados.

(OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), con el desarrollo de una metodología orientada a establecer una línea de base para el país. Se realizó la descripción del perfil de la Morbilidad Materna Extrema (MME) a partir de un análisis agregado de casos utilizando como muestra los reportados por la vigilancia epidemiológica de este evento en 15 Direcciones Territoriales de Salud de Colombia y la comparación de este perfil con el observado en un estudio colaborativo auspiciado por la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) (26).

Posteriormente, se orienta el análisis a estudiar las características y los factores asociados a las mujeres con MME, como parte del mejoramiento de la calidad de los servicios obstétricos y la identificación de brechas en la atención de las gestantes (27) (28) (29) (30). En el año 2010 se publicó un documento técnico y conceptual en el cual se define la metodología para la para la vigilancia de la MME y se encuentra el primer análisis agregado de casos que, entre otros aspectos, describe la caracterización de evento en el país entre el 2007 y el 2009 y muestra el resultado comparativo con la serie de casos de hospitales latinoamericanos, específicamente sobre la relación criterio/caso como un indicador de la severidad del compromiso materno según causa principal, en el que se encontró que la mayor severidad estuvo asociada a complicaciones derivadas de las hemorragias del segundo y tercer trimestre, 4,9 en Colombia y 3,5 en Latinoamérica y de la sepsis 4,5/ 2,5, respectivamente (31).

Este documento fue evaluado en el año 2014 desde diferentes perspectivas, se concluye que el Modelo de Vigilancia para la MME se constituye en una estrategia relevante en el marco de las políticas públicas puestas en marcha en el país para la disminución de la MM. Los resultados de la evaluación sugieren que en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) piloto ocurrió un mayor nivel de implementación del modelo, y que los usos de la información derivada de la vigilancia son mayores. Sin embargo, se planteó la dificultad de identificar el impacto de la implementación de este modelo sobre la mortalidad materna en el país, teniendo en cuenta que tanto la mortalidad como la morbilidad materna extrema se relacionan con el contexto de la población, incrementándose el riesgo en poblaciones vulnerables, situación que se reconoce como difícil para vincular a los análisis del modelo de vigilancia y por ende para orientar las intervenciones orientadas a reducir la MME y la MM (32).

El Instituto Nacional de Salud en el año 2017 publica el ultimo protocolo de vigilancia en salud pública para la MME, como aporte a la vigilancia de los eventos de MME en el país en el cual el análisis se realiza a través de la revisión de los casos de severidad y el espectro de morbilidad materna, descrita como aquellas que han estado cerca de morir, o mujeres con patología obstétrica aguda severa que han puesto a riesgo extremo la vida de la gestante, convirtiéndose en un nuevo elemento útil para la investigación en salud obstétrica. En especial el protocolo resalta la importancia de contemplar el análisis que debe iniciar desde antes de la presencia de este evento, las mujeres con morbilidades obstétricas severas, el cual inicia desde la captación de casos en los servicios de control prenatal e instituciones de baja complejidad (33).

Las características asociadas a la MME en el país, se relacionan con los servicios de salud, hecho similar al análisis de los países de la región: un pobre control prenatal y controles prenatales incompletos; donde 43% no llegaron a los 4 controles, 22% no tenía ningún control y 50% de las mujeres que tenían control prenatal inició de forma tardía (11) (13) (14). Estos resultados dieron paso a que en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 en su componente de Prevención y Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva, desde un enfoque de derechos, se establecieran metas como la disminución de la mortalidad materna evitable, el cumplimiento de los controles prenatales completos, la captación temprana y el acceso a anticonceptivos, entre otros, que propenden mejorar la salud y la seguridad materna (34).

La tendencia de la razón de morbilidad materna extrema para Colombia periodo epidemiológico I al VI 2012-2019 muestra un comportamiento estadísticamente significativo hacia el aumento, ubicándose entre 22,9 y 35,8 casos por 1000 nacidos vivos en el periodo 2015-2019, un indicador similar y con resultado cercano a lo encontrado en Colombia fue calculado para América Latina encontrándose 34 casos de MME por 1000 partos.

El índice de letalidad para Colombia durante el periodo 2015 -2017 presentó un descenso iniciando en 2,2% en 2015 y terminando en 1,4% en el 2017, lo cual indica mejora en la salud materna en el país. La mayor proporción de casos de morbilidad materna extrema se notificó en mujeres residentes en el área urbana (80%) con la mayor razón de morbilidad materna extrema en el 2017 con 36 casos por 1000 nacidos vivos. En este periodo las mujeres no aseguradas con una razón de 52,3 x 100.000 nv, y en edades de 20 a 24 años

A su vez, al primer semestre del 2019, el total de casos de morbilidad materna extrema notificados fueron 10.829 casos. Se observa que por grupos de edad las mujeres de 40 años y más concentran la razón de morbilidad materna extrema más alta con 73,1 casos por cada 1.000 nacidos vivos (OR: 2,30 IC 2,10-2,52), el mayor índice de letalidad con el 2,4 % y el mayor porcentaje con tres o más criterios de inclusión (39,5 %). El índice de mortalidad perinatal más alto se reportó en las mujeres de 35 a 39 años (6,3%)

Al revisar las causas agrupadas de MME se identificó que los trastornos hipertensivos concentraron la razón de MME más alta con 25,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos (OR: 2,64 IC 2,53-2,75). Los índices de letalidad y de mortalidad perinatal, junto con el porcentaje de casos con tres o más criterios más altos se concentraron en sepsis de origen no obstétrico (35).

En el análisis por departamentos o direcciones territoriales, se observó que la razón más alta la reportaron Bogotá (59,2 casos por cada 1.000 nacidos vivos), Putumayo (54,1 casos por cada 1.000 nacidos vivos), Cauca (55,7 casos por cada 1.000 nacidos vivos), Cundinamarca (48,8 casos por cada 1.000 nacidos vivos) y Nariño (48,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos) (36).

El departamento del Cauca, en el año 2008 fue uno de los departamentos con mayor razón de mortalidad materna en el país. Sin embargo, hasta el 2017 se observó una tendencia al descenso pasando de 150,1 x 100 mil nv en el 2008 a 47,5 x 100 mil nv en el 2017 (37),

logrando ubicarse entre los departamentos por debajo de los casos esperados y de igual manera a la medición nacional (38).

En cuanto los controles prenatales se registró un crecimiento anual similar del país de 3%; sin embargo, no superó la meta nacional, pues solo 90% de las mujeres realizaron controles prenatales, 80% de las maternas realizó 4 o más controles prenatales, 94,5% de los partos fueron atendidos en una institución hospitalaria, con un 98% de personal calificado para ello (39).

Hasta el 2017, el Cauca se encontraba entre los departamentos cuya Razón de MME estaba por encima del indicador nacional, con una RMME de 46,5 x 1000 nv (40). Para el año 2018, el Departamento reportó 854 casos de Morbilidad Materna Extrema, de los cuales casi una tercera parte fueron informados por un prestador de la ciudad de Cali, seguidos del reporte en la ciudad de Popayán por las instituciones de alta y mediana complejidad (242).

En cuanto a las características del evento en el Departamento, el rango de edad osciló entre 14 y 45 años con una mayor frecuencia entre 18 a 24 años, el 52% de los casos residían en área rural dispersa y el 39% en centro poblado; el 78% pertenecía al régimen subsidiado, 88% de los casos pertenecía al estrato uno y se evidencia que un 19% de los casos correspondía a población indígena y 5% a población afro descendiente (41).

De los eventos, 50,7% se presentaron durante el embarazo, 31% antes y 18,37% después. La principal causa fue preeclampsia (32%), seguida de shock hipovolémico (19%) y shock séptico (16%). En cuanto a las fallas la principal fue la falla vascular (38%), seguida de las renales y metabólica (7%). El total de criterios oscila entre uno a 13, donde 41% cumple con un criterio, 24% dos y 18% tres criterios; de ellos el principal fue el ingreso a UCI con el 32% de las mujeres seguido por cirugía adicional que se presentó en el 12% de los casos (41).

En el municipio de Popayán existe una red de servicios hospitalarios compuesta por tres instituciones públicas y 142 privadas, las instituciones públicas son: una de alta, una de mediana y una de baja complejidad. El Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, es la única institución pública de alta complejidad del Departamento, se ubica en la capital y tiene como población objeto todos los municipios del Departamento del Cauca y sirve como sitio de referencia de departamentos vecinos como Nariño, Huila, Putumayo y Caquetá. (42)

Esta E.S.E con 84 servicios habilitados y 303 camas como capacidad instalada. De los servicios habilitados, 25% son ambulatorios, 16% hospitalarios y 17% corresponden a los quirúrgicos. Frente a los servicios para la atención de las usuarias en relación a los eventos obstétricos cuenta con consulta externa de ginecobstetricia, 26 camas en hospitalización obstétrica, dos salas de parto, una sala de código rojo, urgencias de ginecobstetricia, unidad de cuidados intensivos, servicio transfusional, laboratorio clínico y 9 quirófanos (43).

El perfil de las usuarias corresponde a mujeres de zonas rurales dispersas (62,3%), estrato 1(62,0%), pertenecientes al régimen subsidiado (91,2%), a otras etnias (74,3%); entre las características relacionadas con el evento 87% era gestantes al momento del evento, 37% eran primigestas y 8% no asistían a control prenatal (44).

77,4 % de los casos se presentaron durante la gestación, 77,82% cumplieron al menos un criterio de clasificación; de ellos, relacionados con la enfermedad específica que corresponde a la condición de la paciente al momento del evento 81,5% presentaron trastornos hipertensivos – preeclampsia. En el manejo específico, que son los relacionados a la intervención, 11% ingresaron a la unidad de cuidados intensivos, con un promedio de 3 días en la unidad y una estancia máxima de 6 días, 4% requirieron una cirugía adicional, principalmente histerectomía y 3% requirieron transfusión sanguínea. Respecto a las fallas las principales fueron la metabólica y metabólica y la vascular (4%), seguida por las cardíacas, renales y hepáticas (44).

Como se ha evidenciado, la morbilidad materna es un evento que se presenta de manera más común de lo que podrían pensar los servicios, y aunque la muerte es el resultado más grave de los eventos de obstétricos, en el camino a ella se presentan muchas consecuencias potencialmente adversas para la salud que son difíciles de medir, de modo tal que las causas, los efectos y las condiciones relacionadas a la morbilidad materna no están bien documentados.

La información disponible sobre el tema a nivel nacional y regional se enfoca en la visión de los servicios de salud y desde ellos, se analizan aspectos relacionados con la magnitud del problema y la presentación de la enfermedad, restringiendo la inclusión de hechos no clínicos tomados desde la perspectiva de las usuarias, que permitirían identificar aspectos claves y obtener información completa e integral del desarrollo de los eventos. Por ello, es posible que desde la perspectiva institucional se asuman argumentos para explicarlos como la falta de reconocimiento del problema y la decisión tardía de la gestante para acudir al control prenatal y/o a la consulta de urgencias ante la presencia de su enfermedad, y por ende, la lógica para analizar la información se queda corta frente a las posibilidades de intervención, evidenciando que se requiere una nueva perspectiva para los análisis y así lograr intervenciones efectivas, reales, integrales y contextualizadas en la MME.

Identificar y comprender los casos de morbilidad materna extrema ha surgido como una prometedora estrategia complementaria para reducir la mortalidad materna. En particular, se ha visto como una herramienta útil para la medición de resultados, evaluación y mejora de la prestación de los servicios de salud materna en los países en desarrollo, y el monitoreo continuo y sistemático se convierte en una fuente de información para desarrollar mejores intervenciones para lograr la calidad de la atención obstétrica, así como para lograr la fiabilización de las políticas para las madres y los recién nacidos (45).

A diferencia de la mortalidad materna, la MME cuenta con el testimonio de la mujer que puede aportar información valiosa desde su experiencia, no obstante, la información que se tiene para encontrar esas falencias dentro del proceso de atención de la gestación, parto y puerperio que llevaron a la presentación de condiciones asociadas a esta situación no se

ha interiorizado desde la propia voz de las mujeres que han vivido y sobrevivido este proceso (46).

En esta lógica es importante identificar, desde la óptica de estas mujeres qué fue lo que pasó durante la experiencia de vivir la MME, para identificar los aspectos que marcaron la diferencia entre la mortalidad y la morbilidad materna.

Por lo anterior esta investigación pretendió contestar la pregunta ¿Cómo fue la experiencia que vivieron las mujeres con Morbilidad Materna Extrema atendidas en el Hospital Universitario San José de Popayán en el año 2018?. Con ello pretende dar cuenta a nuevos campos para la investigación y brindar información para la toma de decisiones, la reorientación y la intervención adecuada de los servicios de salud, puesto que sus resultados ofrecen una visión global del sentir, actuar y pensar de las mujeres que vivieron la morbilidad materna extrema.

3. MARCO DE REFERENCIA

3.1 Marco conceptual

Para el marco de referencia en este proyecto de investigación se realizó una recopilación de las consideraciones teóricas sobre la morbilidad materna extrema de acuerdo a los diferentes conceptos que existen para describir los eventos relacionados a ella y los criterios para determinar los casos. Además de la identificación de las herramientas usadas en la práctica de las instituciones para el análisis no clínico de los eventos, todo esto basado en los criterios internacionales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que son adoptados en nuestro país.

3.1.1 Morbilidad materna extrema

Las situaciones en que las mujeres desarrollan complicaciones potencialmente mortales durante el embarazo, parto o puerperio y sobreviven debido a la atención médica o simplemente por casualidad, son mucho más frecuentes que la mortalidad materna y logran aportar información de gran utilidad para la reorientación de los servicios de atención obstétrica dirigiendo los esfuerzos a la búsqueda de la garantía de la calidad y la seguridad materna (51) (52).

Estas situaciones se han denominado eventos de Morbilidad Materna Extrema (MME) y tanto su concepto, como su investigación y uso se ha desarrollado durante las últimas 2 décadas dando como resultado una variedad de definiciones y criterios para su diagnóstico y clasificación (46) (53) (54).

En 2003, la OMS realizó una revisión sistemática de la prevalencia de morbilidad materna extremadamente grave, sin embargo, la heterogeneidad observada en la literatura previa llevó a la conformación de un grupo de trabajo técnico integrado por obstetras, parteras, epidemiólogos y profesionales de la salud pública para elaborar una definición uniforme y estándar, además de algunos criterios de identificación del evento. En 2009, se definió la morbilidad materna extrema o "maternal near miss" como "una mujer que casi muere, pero sobrevivió una complicación que tuvo lugar durante el embarazo, el parto o en los 42 días posteriores a la terminación del embarazo " (7) (53) (54).

Establecer un marco específico para la identificación de los eventos de morbilidad materna extrema se hace necesario con el fin de focalizar las intervenciones en la población y así evitar sobreestimar la incidencia de la misma por la inadecuada identificación y clasificación (52). Sin embargo, como señalaron Say et al. la amplia variación en los criterios de identificación de casos de MME hace imposible agrupar los datos u obtener estimaciones generales para establecer un marco específico en la identificación de dichos eventos, por tanto se requieren metodologías para unificarlos, por ejemplo, los indicadores estandarizados que permitirían comparaciones en todos los entornos y períodos de tiempo independientemente de las características estructurales de los servicios de salud (1).

Existen cuatro tipos de criterios para identificar y clasificar la MME (7) (52) (9) (55) . Los criterios establecidos por la OMS, que son dos tipos (56), los criterios de Waterstone (9) y

los basados en la literatura (55). Algunas revisiones sistemáticas muestran que aunque los criterios de Waterstone (preeclampsia severa, eclampsia, Síndrome de HELLP, Hemorragia Severa, Sepsis Severa y Ruptura Uterina) y los basados en la literatura (preeclampsia severa, eclampsia, Síndrome de HELLP, Hemorragia Severa, Sepsis Severa y Ruptura Uterina) (52) (9), pueden detectar 4-6 veces más casos que los criterios de la OMS, pero el valor predictivo positivo de ellos es muy bajo y requiere los criterios de la OMS para estandarizar. En consecuencia, los criterios Waterstone y los basados en la literatura se emplean para caracterizar primero la presencia de las condiciones para presentar MME y los de la OMS para su identificación y clasificación (52) (53).

Los criterios de la OMS se encuentran divididos en dos grupos que se usan para el mismo fin, identificar los casos de MME: Un grupo, tiene el enfoque hacia la calidad de la atención obstétrica, sin embargo, tiene la desventaja que no se puede estandarizar para todos los niveles de complejidad pues incluye criterios de intervención de unidades de cuidados intensivos, por lo que no aplicaría en las instituciones de baja y mediana complejidad. En esta aproximación para la identificación de la MME se encuentra en 3 subgrupos (52) (56) (57):

1. Criterios Clínicos relacionados con la enfermedad específica: hemorragia postparto severa, pre- eclampsia, eclampsia, sepsis, ruptura uterina y complicaciones severas post aborto.
2. Criterios basados en las intervenciones: uso de unidades críticas y/o uso de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), radiología intervencionista, laparotomía y uso de transfusiones sanguíneas.
3. Criterios basados en una disfunción orgánica: Disfunción Cardiovascular, Disfunción Respiratoria, Disfunción Renal, Disfunción de la Coagulación, Disfunción Hepática, Disfunción Neurológica y Disfunción Uterina.

El otro enfoque, de la OMS, plantea criterios de identificación basados en las condiciones que amenazan la vida, de acuerdo al fallo o disfunción de cualquiera de los sistemas de órganos vitales, estos criterios también involucran tres subgrupos basados en criterios clínicos, criterios basados en laboratorios y criterios basados en la gestión (56).

Como se puede observar, la identificación y clasificación de la MME tiene un gran componente clínico, y por ende la lógica para analizar las causas asociadas a la presentación de las condiciones mórbidas de las mujeres con MME tiene el mismo enfoque, el cual es necesario para realizar intervenciones asistenciales sobre los criterios propios de la enfermedad, sin embargo, se requiere analizar desde los comportamientos, factores internos y externos, prácticas y percepciones de las mujeres que presentaron dichas condiciones para lograr la integralidad de las intervenciones.

Las intervenciones exitosas en salud son el resultado de un análisis detallado de las causas y los factores asociados a ellas en el contexto de cada uno. En el caso de las intervenciones en el tema materno “lo que funciona” se ha afirmado, documentado y probado durante

muchos años, esta aseveración puede aproximarse a las intervenciones clínicas, las cuales han recibido gran atención por parte de la comunidad científica, las instituciones y los gobiernos por los resultados demostrados en la prevención de complicaciones y muertes maternas desde el enfoque clínico de la presentación de cada uno de los casos de enfermedad o muerte materna (58) (59).

Sin embargo, cabe recordar que los eventos obstétricos relacionados con la morbilidad materna, no responden únicamente a errores y fallas institucionales, sino que son el resultado de diversos factores directos e indirectos que tienen que ver más allá de la atención médica, y para los cuales la evidencia es menor y menos clara sobre cómo entender la dinámica de los procesos que llevaron a las condiciones mórbidas y mortales y por ende como llevar las intervenciones a las mujeres en sus contextos de vida (60).

Para garantizar una intervención efectiva, se requiere contar con criterios claros, concertados y ampliamente difundidos que aporten una identificación clara y un diagnóstico oportuno y certero de la población a intervenir, hechos documentados en los criterios de la OMS, Waterstone y la literatura (56) (7) (52) (9) (55) revisados previamente. Al entender la MME como un proceso, se requiere posterior a su identificación y diagnóstico, un análisis de las interacciones entre la mujer, su contexto y los servicios de salud entre otros, para detectar en cuál de esas interacciones se pudo haber evitado la muerte o disminuido la complicación y poder responder la pregunta sobre ¿Qué se debe hacer distinto hoy, para evitar las complicaciones y la muerte de las mujeres que llegan en condiciones similares a las de ayer? (61).

Para ello la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, crearon una metodología para el análisis de los casos de la Mortalidad Materna, Morbilidad Materna Extrema y Mortalidad Perinatal (62) conocida como “La ruta de la vida” o “Análisis de las demoras”, la cual se convirtió en la metodología más utilizada en América Latina para el análisis de estos casos. Sin embargo, existen nuevas alternativas, por ejemplo, la iniciada en México denominada “Detección de eslabones críticos de la atención para prevenir muertes maternas” utilizada como herramienta para transitar desde el análisis enfocado en las complicaciones de la paciente, al escrutinio de las fallas del sistema de atención (63). El supuesto es que cada mujer que murió es representativa de otras mujeres que –en condiciones similares- acuden hoy a los servicios, y que si no se hace algo distinto, no se lograra prevenir otra muerte materna (64). En otros países, sin embargo, no se encuentran definidas las metodologías para realizar el análisis de las causas de estos eventos y se continúan utilizando metodologías como cuestionarios estructurados y guías de discusión de grupos focales para la recolección de datos no clínicos (65).

Según la metodología de la ruta de la vida, esta, permite identificar en cada uno de los casos, los retrasos o demoras asociadas a la ocurrencia de la MME, identificando no sólo los determinantes biológicos y médicos sino otros determinantes no médicos asociados con el evento final. Esta metodología se basa en la idea que para reducir la MME no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente sino en las barreras que generan retrasos a las mujeres para poder acceder a ellos (66) y propone una clasificación de retrasos presentada a continuación y esquematizada en la Figura 1

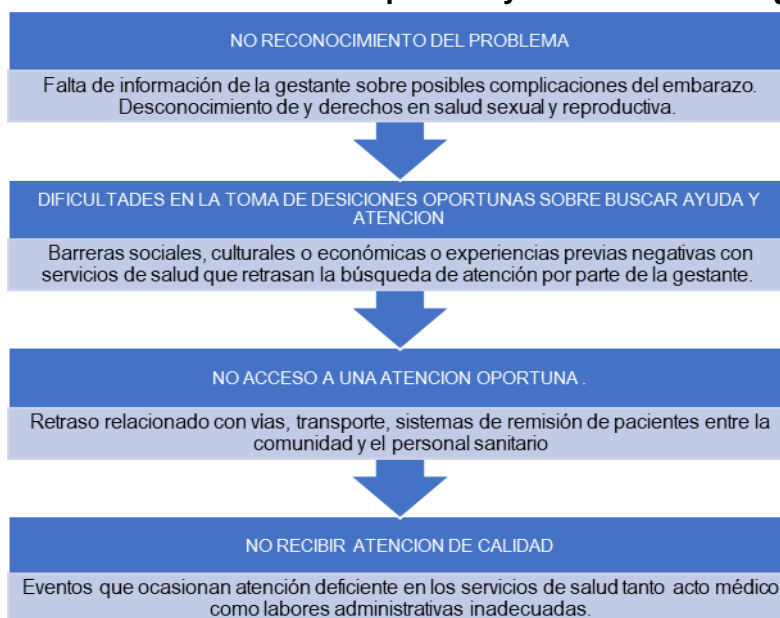
Retraso tipo I: demora para reconocer el problema y la necesidad de atención en salud, relacionada con falta de información sobre complicaciones del embarazo, señales de peligro y desconocimiento de deberes y derechos en salud sexual y reproductiva.

Retraso tipo II: demora en la toma de decisiones para la búsqueda de atención por parte de la gestante y su familia desde el sitio de habitación, relacionada con barreras sociales, culturales o económicas o con experiencias previas negativas frente a los servicios de salud.

Retraso tipo III: demora para acceder a una atención oportuna, relacionada con vías, transporte, sistemas de remisión de mujeres entre la comunidad y los proveedores de asistencia sanitaria, y con retraso en la referencia cuando la gestante accede a los servicios de salud. Relacionado también con aspectos administrativos que generan demoras o con la oportunidad y calidad de la referencia en condiciones que salven vidas.

Retraso tipo IV: asociado con todos los eventos que determinan una calidad de atención deficiente en los servicios de salud incluyendo, además del acto médico, todas las actividades de tipo administrativo que inciden en la óptima prestación del servicio desde la preconcepción, la atención prenatal, el parto y puerperio (67).

Figura 1 Retrasos en la atención oportuna y adecuada de una gestante



Fuente: Adaptado de Acelas-Granados DF, Orostegui A & Alarcón-Nivia MA (2016)

Sin distinción de la metodología que se utilice para analizar la presentación de la MME, los resultados generalmente apuntan a la falta de reconocimiento del problema, la falta de búsqueda oportuna de la atención por parte de las mujeres y la calidad de los servicios de atención obstétrica en términos de indicadores de resultado (68) (69) (29) (70). El estudio epidemiológico de la salud materna y perinatal siempre ha requerido de un análisis complementario con abordajes distintos para mejorar la práctica clínica. La comprensión de

los motivadores y decisiones de las usuarias, escapa a la medición clínica y administrativa; por ello, es necesario utilizar diferentes metodologías para profundizar en el análisis de los eventos relacionados con la salud materna.

En Colombia el año 2013 el Instituto Nacional de Salud adoptó la metodología “La ruta de la vida, camino a la supervivencia” (cuatro demoras), para el análisis de muertes por eventos de interés en salud pública y posteriormente incluidos para el análisis de eventos de MME, las demoras fueron agrupadas en: Demora 1. Reconocimiento del problema, Demora 2. Oportunidad de decisión y la acción, Demora 3. Acceso a la atención / Logística de referencia y Demora 4. Calidad de la atención (71).

3.2 Estado del arte

Tomar la decisión de acudir a los servicios de salud, marca la diferencia entre la vida y muerte cuando se habla de MME, las investigaciones que se han realizado en este tema comparten el enfoque de la búsqueda de atención, el cual se dirige principalmente a encontrar los factores y las características de las usuarias de los servicios de salud obstétricos durante su proceso de gestación, parto y puerperio: factores como la edad extrema, el nivel de educación, el aseguramiento, la estructura familiar, la accesibilidad geográfica, factores culturales y el conocimiento de los signos de peligro durante el embarazo, entre otros, resultaron afectar el uso de los servicios de atención obstétrica tanto en consulta externa para la atención prenatal como en los servicios de urgencias (99) (100) (101) (102) (103) (104).

Además de los factores asociados, algunas investigaciones se han dirigido a analizar el comportamiento de la MME con base en las metodologías establecidas para su análisis: “la ruta de la vida” y la “Detección de eslabones críticos de la atención para prevenir muertes maternas” son ejemplo de ellas (32) (63) (105).

Rodríguez y otros, realizaron un estudio cuyo objetivo era establecer los beneficios de combinar los dos métodos para analizar casos de muertes maternas, desde la ruta de la vida, encontraron, que el desconocimiento de derechos en salud, la falta de reconocimiento de riesgos personales por parte de las gestantes y la calidad de la atención se repetían en la mayoría de los casos (60%). De igual manera, al analizar los mismos casos con el método de eslabones críticos donde se busca encontrar “el conjunto de acciones que se prestan/omiten en cada caso”, se pudo determinar que los problemas relacionados con la calidad del control prenatal y del puerperio son los que presentan mayores dificultades, así como la falta de reconocimiento de la importancia de la planificación familiar como preámbulo a una maternidad segura (64).

Estos caminos buscan explicar las fallas en los momentos de atención dentro de los servicios de salud, sin embargo, dejan de lado el conjunto de situaciones previas que llevaron o no a la mujer a buscar ayuda y que puede determinar el curso de la complicación obstétrica, por ello las instituciones necesitan comprender los procesos que desarrollaron las usuarias para llegar a la toma de decisiones en la búsqueda de atención, y que en el

caso de MME, podría ayudar a entender la dinámica del comportamiento de las mujeres al acudir o no a ellos.

Comprender procesos y entender cómo se toman las decisiones requiere llevar a la investigación hacia otro tipo de abordaje, y más aún en la MME que como tema reciente es muy poco explorado y son pocas las investigaciones que se han realizado desde el paradigma interpretativo, y quienes las han realizado buscan comprender los procesos dentro de los servicios de salud con el fin de mejorar la calidad de la atención.

Rakimeet.al. en su estudio sobre las experiencias de las mujeres que estuvieron cercanas a la muerte después de una hemorragia severa postparto y de una histerectomía de emergencia, buscaron escuchar las experiencias de cada mujer durante el proceso de atención, con el fin de mejorar la calidad del servicio obstétrico, llegando a la conclusión de la necesidad de establecer un modelo de intervención distinto “para que las mujeres tengan la oportunidad de expresar sus preocupaciones en relación con determinados acontecimientos que se produjeron durante el nacimiento y con él se permitirá a las hacer conexiones y generar una mayor comprensión del evento acorde a las emociones y conductas posteriores que experimentaron las mujeres” (45).

Tunçalpet y colaboradores en un estudio en mujeres con MME, resaltaron la importancia de esta población porque “puede dar una idea de los factores de riesgo y las posibles estrategias para la prevención de la morbilidad y la mortalidad materna, ya que las mujeres que sufren de MME comparten muchas características con las mujeres que han muerto”. Esta investigación buscaba explorar las experiencias de las mujeres con MME y su percepción de la atención recibida con el fin de mejorar entendiendo la calidad de cuidado. Entre los hallazgos, se encontró que factores de los sistemas de salud, la prestación de servicios y aspectos interpersonales de la atención entre el personal de salud y las usuarias y su familia, influían en la percepción de la calidad de la atención y por ende en la aceptación de la institución para una nueva atención del embarazo, permitiendo que “al escuchar las propias voces y las historias de las mujeres”, las preocupaciones que tenían y que podían ser fácilmente tratadas, fueran identificadas (106).

La literatura descrita en el tema de MME, evidencia un fuerte enfoque centrado en la medición clínica de los factores relacionados con el evento dentro de las instituciones de salud o de las características de las mujeres, tanto en Colombia como en el mundo desde el inicio de la investigación de la MME hasta los recientes estudios, los datos estadísticos conforman la mayor perspectiva para los investigadores (15) (107) (108) (3).

Haciendo una revisión de los estudios relacionados con MME desde el ámbito mundial, latinoamericano, nacional y local se encuentra que, en Cuba se realizó una revisión bibliográfica sobre el panorama de la MME especialmente en Latinoamérica hasta el año 2011, en ella se identifican publicaciones sobre datos estadísticos, prevalencias, causas de MME, marcadores y asociación entre factores, caracterización de las mujeres y diagnósticos (30), datos que contribuyen a la realización de esta investigación como aporte para la identificación de casos y la caracterización de las participantes (21) (109) (20); sin embargo para comprender las experiencias de las mujeres con MME, se propone un

abordaje cualitativo que permitirá comprender la interacción de dichas mujeres en su contexto social.

En Colombia, en el año 2014 se realizó un estudio denominado “Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia” que utilizó el modelo “Camino para la supervivencia a la muerte materna” de la OPS/OMS, CDC, FNUAP-LAC y Mother Care, donde se pretendía establecer si la morbilidad materna extrema se asocia con algunas características del acceso y la utilización de los servicios obstétricos de las gestantes participantes. En este estudio se encontró que existe una asociación entre la MME y la inadecuación de los tratamientos con los procedimientos establecidos, la subvaloración de los cuadros clínicos por parte del personal, y la atención tardía. En este caso la MME, analizada desde la ruta de la vida, tiene que ver con calidad de la atención seguida de la búsqueda de atención de las mujeres, donde el principal hallazgo es la subvaloración de la necesidad de consultar y la “creencia de que no iban a ser atendidas”, dando un paso positivo al incluir a los servicios de salud como parte de los factores en los eventos obstétricos (110).

También a nivel nacional al analizar los casos de MME con la metodología “La ruta de la vida, camino a la supervivencia” (cuatro demoras) (111), un poco más del 50% de los casos ocurrió por fallas en la prestación de los servicios de salud institucionales, seguido de la falta de reconocimiento oportuno del problema por parte de la gestante, su familia y los agentes de salud tradicionales (35%) (112).

A nivel local, en el departamento del Cauca, en el año 2008, se publicó un estudio sobre la morbilidad materna extrema en el Hospital Universitario San José de Popayán, en el cual se estimó una frecuencia de 3,49% casos de mujeres con patologías relacionadas con esta problemática en su mayoría presentando condiciones asociadas a preclamsia severa. El perfil de las mujeres que presentaron MME, conserva la relación presentada en el Departamento, donde la mayor procedencia se encuentra en la Costa Pacífica Caucana y los municipios del norte. 73,3% realizó control prenatal y 45% asistió a más de 4 controles, llama la atención que 100% de los carnés de control prenatal no se encontraban completamente diligenciados y en ninguno se había clasificado el riesgo.

Más de la mitad de las mujeres presentaron dificultades para asistir al control prenatal, de ellas 68% refieren no haber buscado este tipo de atención, seguida por las limitaciones geográficas para el acceso y el desconocimiento de las causales de consulta o la manera de acceder a los servicios. Un dato relevante de esta investigación, fue el tiempo entre la presentación de los síntomas y el primer contacto con los servicios de salud, 60% consultó antes de las 12 horas, 47% en las primeras 6 horas y 15% hasta después de 96 horas (28).

Todos estos estudios se han centrado en los aspectos clínicos o factores de riesgo desde la perspectiva institucional, sin embargo la propuesta de visualizar los eventos maternos desde la perspectiva de las maternas se inicia en el Reino Unido, apenas, en los años 2014 y 2015, donde se realizaron dos investigaciones para valorar la calidad los servicios obstétricos utilizando metodologías cualitativas con base en la experiencias propias de las

gestantes y sus familias, comprender sus vivencias y así aportar a mejorar la atención de los servicios maternos (113) (114).

Estos estudios encontraron que, de acuerdo a las experiencias de las mujeres involucradas y sus parejas se pudieron identificar perspectivas adicionales sobre la calidad de la atención en los diferentes momentos y niveles de contacto con los procesos de las instituciones, además que la valoración de la calidad de la atención depende de la experiencia de cada paciente.

Otras investigaciones, exploran los procesos de Morbilidad Materna Extrema teniendo en cuenta los retrasos en llegar a los servicios de salud, según Roost et al., para ciertas mujeres, reconocer la gravedad de su condición no se tradujo en una búsqueda de atención de emergencia inmediata. Estos retrasos no se deben a que las mujeres subestiman la gravedad de sus condiciones, ni a la impotencia para tomar decisiones de atención médica, sino que se deben en gran medida a las actitudes de las mujeres influenciadas en factores económicos, sociales y culturales (118), (119), (120).

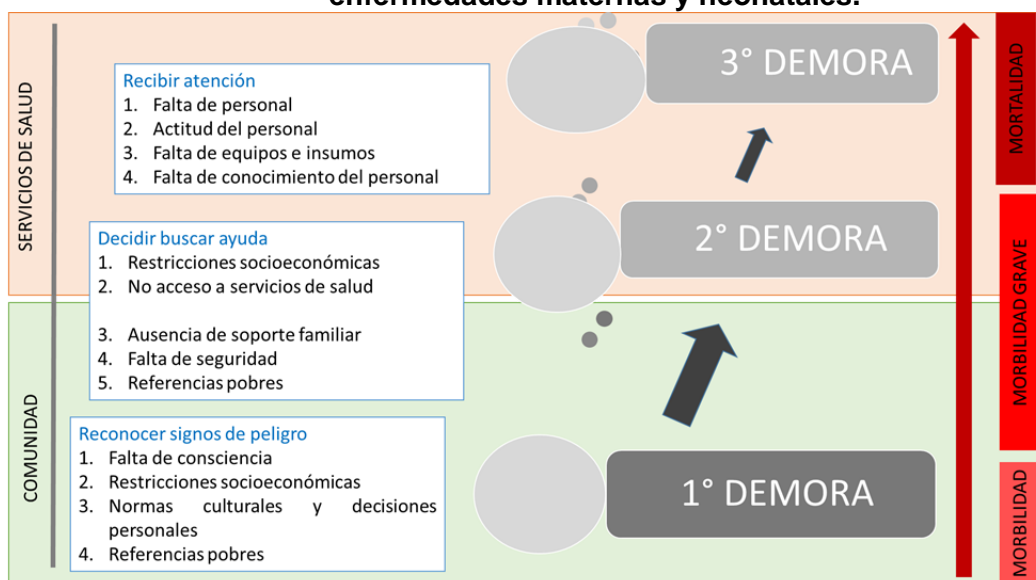
Una revisión sistemática de estudios observacionales y cualitativos para identificar los factores y barreras asociadas con la Morbilidad Materna, identificó la relación entre los factores como el reconocimiento oportuno de las señales de peligro, la disponibilidad de recursos financieros para organizar el transporte, la asequibilidad de los costos de atención de salud, y la accesibilidad a un centro de salud, con los retrasos que impactan en la morbilidad, tal cual como se realiza el análisis de las demoras en el análisis de la Mortalidad Materna y la Morbilidad Materna Extrema (124).

En la figura No. 2, de la pagina siguiente se presenta el esquema propuesto por Lassi y colaboradores sobre los factores asociados a las demoras: el primer retraso “reconocer los signos de peligro” agrupa los factores individuales como las decisiones personales y los elementos del entorno que influyen en la toma de decisiones, sin embargo, al avanzar en el camino hacia el servicio de salud, los factores se combinan entre el entorno, la comunidad y los servicios de salud, incrementando el nivel de los retrasos y simultáneamente la mortalidad.

La revisión presentada por Lassi y colaboradores destaca las razones de los retrasos y las ramificaciones de los mismos en los resultados de morbilidad y mortalidad, los cuales sirven como barreras y estrategias para superar los eventos, estos pueden ayudar y potenciar a las comunidades para seleccionar y tomar decisiones tempranas.

Las normas culturales, los valores sociales, junto con recursos financieros limitados se destacaron como los principales factores que obstaculizan para la búsqueda de atención. Por ello es importante que las reformas del sistema de salud relacionadas con la salud materna y neonatal deben considerar las barreras y prácticas sociales y culturales para mejorar su búsqueda de atención de salud.

Figura 2 Factores asociados con demoras en la búsqueda de atención para enfermedades maternas y neonatales.



Fuente: Traducido de Lassi, Middleton, Buttha & Crower. 2019

En tal sentido el contextualizar el evento con sus diferentes abordajes, en el marco de la complejidad de la morbilidad materna extrema y desde la experiencias de las mujeres que la vivieron, se visualiza como un panorama para el análisis y el planteamiento de intervenciones en los diferentes momentos que constituyen este proceso en la vida de una mujer.

4. OBJETIVO

Comprender las experiencias que vivieron las mujeres con Morbilidad Materna Extrema atendidas en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E en el año 2018.

METODOS

5.1 Tipo de estudio

A pesar de los avances en la MME, aún existe una gran brecha en el conocimiento de la integralidad del evento en todos sus contextos, según esta lógica, es necesario acudir a la identificación de elementos aportados por las mismas mujeres, explorando desde la profundidad de los significados de su propio comportamiento, las conductas y prácticas que adjudican a dicho proceso después de vivirlo, teniendo en cuenta que esta perspectiva de la información puede identificar aspectos vulnerables que facilitan u obstaculizan la utilización efectiva de los servicios de salud.

Para el logro del objetivo de esta investigación, se utilizó un abordaje cualitativo utilizando el ordenamiento conceptual dentro del marco de la teoría fundamentada, el cual permitió identificar los procesos básicos que se desarrollan en el evento de la Morbilidad Materna Extrema dentro del contexto social, indagando sobre el proceso, los actores, escenarios y consecuencias de los objetos de estudio (125).

La teoría fundamentada, con su marco teórico derivado del interaccionismo simbólico, permite explorar las conductas humanas y sus roles sociales, además de explicar cómo se interpretan o definen las acciones de los demás en lugar de “reaccionar simplemente a las mismas”, y por lo tanto comprender, cuál es el significado que atribuye a la acción cada persona acorde al uso de símbolos, la interpretación o la averiguación del significado de la acción del otro (125).

Dentro de la teoría fundamentada, se encuentra el ordenamiento conceptual, definido como “la organización de los datos a través de categorías según sus propiedades y dimensiones y luego al uso de la descripción para dilucidar estas categorías” por tanto permite identificar asuntos a partir de los datos de acuerdo a las dimensiones en las que se organizaron y con ello presentar y analizar diferente material descriptivo en un evento determinado (125).

El método de la teoría fundamentada comprende una evaluación sistemática, inductiva y un enfoque comparativo para la realización de la investigación con el propósito de construir la teoría (90) por tanto la investigación a partir de este abordaje ofrece una alternativa a la investigación basada en hipótesis, donde se ofrece una ruta mediante el cual los investigadores podrían tratar de producir nuevos conocimientos en forma de teoría-sustantiva, es decir, declaraciones o modelos conceptuales que proporcionen una visión profunda y práctica en contextos específicos (91)

El proceso de la teoría fundamentada se propone construir conceptos a partir de la información obtenida. Los investigadores deben crear categorías teóricas estableciendo relaciones relevantes entre ellas que lleven a la construcción de teorías sustantivas (126).

El investigador, simultáneamente, codifica y analiza los datos con el fin de desarrollar conceptos. Al comparar continuamente los incidentes específicos de los datos, el investigador refina estos conceptos, identifica sus propiedades, explora las relaciones de

unos con otros y los integra en una teoría coherente (93) La teoría fundamentada tiene tres niveles: uno la descripción en la cual “se cuenta la historia” sin interpretación de los datos encontrados, el segundo nivel es el ordenamiento conceptual en el cual se realiza “la clasificación de acontecimientos y objetos en varias dimensiones explícitamente expresadas, sin que necesariamente se relacionen las clasificaciones entre sí para formar un esquema explicativo de gran envergadura que aporta la explicación en algunos fenómenos específicos” y el tercer nivel que es la teoría en sí que concluye el proceso de construir a partir de datos, un esquema explicativo que de manera sistemática que integra varios conceptos por medio de oraciones que indican las relaciones (127).

Corbin y Strauss en 1997 definen el ordenamiento conceptual como “la organización (y a veces clasificación) de los datos, de acuerdo con un conjunto selectivo y especificado de propiedades y sus dimensiones”. Este se refiere a la organización de los datos en categorías (o a veces, clasificaciones) discretas, según sus propiedades y dimensiones y luego al uso de la descripción para dilucidar estas categorías. Este tipo de análisis es precursor de la teorización (128).

El ordenamiento conceptual tiene tres tipos de metodologías para desarrollarse, todos con pros y contras; sin embargo, en este trabajo de investigación se utilizó el ordenamiento conceptual relacionado con los datos obtenidos con las experiencias de las mujeres que vivieron un evento de Morbilidad Materna Extrema, intentando encontrar sentido a los datos organizándolos de acuerdo con un esquema de clasificación. En el proceso, se identificaron asuntos a partir de los datos y se refinaron según sus diversas propiedades y dimensiones generales, para lograr al final, obtener un esquema ordenado que permita comprender el fenómeno.

La presentación final se organizó en torno a temas bien desarrollados y ordenados (ordenamiento), pero estos no se hallan conectados para formar un esquema teórico integrado (teoría) (129).

Al entender las relaciones que emergen de los datos se puede explicar quién, qué, cuándo, dónde, por qué, cómo y con qué consecuencias ocurren los acontecimientos, además de reconstruir la cronología del proceso, comprenderlo dentro de su perspectiva e identificar los aspectos relevantes con la fundamentación de la capacidad de las personas de interactuar consigo mismas, lo que les permite examinar los cursos de acción y valorar sus ventajas y desventajas relativas para luego elegir uno, en este caso permite comprender el proceso que vivieron las mujeres con MME.

5.2 Participantes

En el año 2018, se presentaron 239 casos de eventos de Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. Para la presente investigación las participantes se identificaron a partir de la base de datos de eventos de MME del hospital y que cumplieron con los criterios establecidos por la OMS para ser un caso de MME (130), teniendo en cuenta que los criterios de Colombia incluyen otros aspectos como lesiones por causa externa y otros eventos relacionados con salud pública que no fueron posible comparar con la literatura existente.

5.3 Estrategia de Muestreo

El muestreo teórico es el proceso de la recolección de datos para generar una teoría por la cual el analista conjuntamente selecciona, codifica y analiza su información y decide cual escoger luego y donde encontrarla para desarrollar su teoría tal como surge (131).

Charmaz señala que “cuando participan en el muestreo teórico, el investigador busca personas, eventos o información para aclarar y definir los límites y la pertinencia de las categorías. Debido a que el propósito del muestreo teórico es muestrear para desarrollar las categorías teóricas, la realización puede llevar al investigador a través de áreas sustantivas”. (90)

En el ordenamiento conceptual, el muestreo teórico brinda la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos en determinado contexto a otro, cuyo significado sea similar al del contexto estudiado, se fundamenta en lo que se denomina transferibilidad, la cual sólo puede darse a partir de la descripción rica y profunda de cada fenómeno en su contexto, y no tiene como fundamento el número de casos estudiados (132).

Como la lógica que orienta este tipo de muestreo – y lo que determina su potencia – reside en lograr que los casos elegidos proporcionen la mayor riqueza de información posible para estudiar en profundidad la pregunta de investigación, se utilizó el “muestreo teórico” en la presente investigación.

La selección de datos se guió por los conceptos que emergieron continuamente del análisis que se construyó, basado en la posibilidad de maximizar las oportunidades de comparar, buscar similitudes y diferencias del concepto, sus propiedades y dimensiones (133) y que permitió fortalecer las entrevistas y sus resultados a medida que se desarrollaron las entrevistas.

El muestreo finalizó con la entrevista 12 mujeres cuando se alcanzó la saturación teórica, en el punto en que la recogida y análisis de datos no aportó nada significativo o nuevo y que esta nueva información produjo poco o ningún cambio en el libro de códigos, tal y como lo plantean Guest y otros, se asume la saturación teórica, una vez que todas las principales variaciones del fenómeno se identifiquen e incorporen al objeto de la investigación (134).

Para este estudio los elementos potenciales del muestreo teórico considerados de acuerdo a la literatura y a los estudios nacionales disponibles, fueron la etnia que incluyó la participación de mujeres indígenas, la edad, la zona de residencia, y cumplir con tres o más criterios de clasificación de la OMS para ser catalogado como caso de MME.

5.4 Recolección de información

Una vez fue aprobado el protocolo por parte de la Universidad del Valle y el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E (ver anexo No. 1 Aprobación comité Ética Universidad del Valle; Anexo No. 2 Aprobación Comité Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E) la información de las participantes se organizó en una base de datos que contenía las características teniendo en cuenta los criterios clínicos de caso de MME y los datos de identificación derivadas de la información en historia clínica, la cual permitió contar

con un marco para el muestreo con propósito: edad, etnia, estado de salud, procedencia y la dirección y teléfono para contactarlas.

Posteriormente, se contactó a las mujeres vía telefónica explicándoles el objetivo del estudio, su importancia y explorando la disponibilidad de participar, aceptaron 15 de 16 contactadas, una de ellas no se encontraba en la ciudad y no tenía tiempo para realizar la entrevista. Con las participantes que aceptaron involucrarse de manera activa en el proyecto, se concertaron sesiones de entrevista en los días, horas y sitio que ellas consideraron adecuado, la mayoría de las entrevistas se desarrollaron en su domicilio y tuvieron una duración de aproximadamente una hora. En algunos casos (3) fue necesario volver para una nueva entrevista a profundidad con el fin de aclarar conceptos y despejar dudas.

Para la recolección de información se realizaron entrevistas abiertas, a partir de una guía de entrevista (135) que se ajustó durante el desarrollo de las mismas dando cumplimiento a la metodología del muestreo teórico (Ver Anexo No. 3 Guía de Entrevista) y que orientaron las sesiones posteriores de recolección lo que permitió la comprensión de las perspectivas que tenían las mujeres, respecto de las situaciones que vivieron tal como las expresaron con sus propias palabras (136).

El día de la cita, se realizó la respectiva presentación de la investigadora y la participante y se leyeron los consentimientos informados y/o asentimiento informado en el caso de las menores de edad (ver Anexo No. 4 Consentimiento Informado, Anexo No. 5 Asentimiento), en el caso de las dos menores sus madres estuvieron presentes en toda la entrevista y participaron activamente de las mismas, en el caso de una de las mujeres indígenas el esposo y un representante del cabildo al que pertenece estuvieron presentes a razón de su solicitud. Una vez firmado se desarrolló la guía de entrevista, previa autorización por parte de la participante y acompañantes para la grabación de la misma. A fin de proteger la confidencialidad de la información se asignó un código de entrevista el cual se utilizó para la transcripción y procesamiento de los datos.

5.5 Procesamiento de datos

Se realizó una transcripción fiel de las entrevistas basadas en la guía propuesta antes de transcurrir una semana de concluidas utilizando el programa Word 7.0® (138), la transcripción y la entrevista en grabadora fue revisada por la investigadora para verificar la transcripción literal de la misma.

Las entrevistas se guardaron en archivos digitales bajo custodia en carpetas que contienen la grabación de las entrevistas, la transcripción original y el control de calidad de la transcripción.

El software MaxQDA11® (139) se utilizó para el análisis cualitativo de datos, este cuenta con un mecanismo de copia de seguridad del análisis de datos que se procesa con él, que también se encuentra guardado en el computador y el servidor.

Adicionalmente en el diario de campo se registraron elementos relacionados con situaciones ocurridas durante la entrevista, las reacciones de los informantes y otros datos

de utilidad para los propósitos de la investigación. El diario de campo se almacenó en medio magnético y en papel bajo custodia por la investigadora.

5.6 Análisis

El proceso de análisis contempló la recolección simultánea, la transcripción textual, la categorización y codificación de los datos, el análisis comparativo constante, las relaciones a establecer entre las categorías y los informantes y el despliegue no narrativo de los datos.

Una vez superado el control de calidad de la transcripción, tanto la investigadora como la directora del trabajo de investigación realizaron la codificación de las entrevistas apoyadas con el software MAXQDA 11®, analizando línea por línea para identificar códigos y sus relaciones (140), el análisis de los mismos, permitió identificar las categorías emergentes y garantizar la calidad del dato teniendo en cuenta que esta, según Creswell (141) las categorías emergen de manera natural, se saturan y son validadas, de esta forma se integraron y refinaron los conceptos logrando un ordenamiento conceptual de las experiencias de las mujeres con MME (128).

La codificación se realizó en las tres etapas sugeridas por Strauss y Corbin, se leyó transcripción línea por línea para identificar ideas y adjuntar códigos a ellas, en la codificación abierta se asignaron 807 códigos, un ejemplo se ilustra en la Imagen 1.

Imagen 1 Ejemplo codificación abierta

Documento: 001 (14 - 14)

Código: morir

Si, es cierto, y que decidieron? No pues no había nada que hacer ellos me explicaron todo y me toco decir que si porque si no me iba a morir por la sangre. ¿Eso de que te ibas a morir lo pensaste tú, o te lo dijeron los médicos?

Documento: 002 (35 - 35)

Código: morir

No mejor dicho ahh pues quede con el mioma hasta hace un mes que me hicieron la cirugía, la histerectomía para sacarme el mioma Cuando, recuerdas que cuando leímos el consentimiento informado hablábamos de la morbilidad materna extrema que digamos que se resume en esas mujeres que, durante el embarazo, el parto o el puerperio casi mueren pero no lo hicieron, tu alguna vez sentiste que durante todo el proceso del embarazo, del parto o del post parto que estabas en peligro de morir? Si claro los dos primeros días después de la cesárea que no podía ni siquiera abrir los ojos o sea estaba muy álgida y pues eran muchos medicamentos al mismo tiempo y la niña estaba muy enferma yo sentí que las dos estábamos muy complicadas los dos primeros días más que todo

Fuente: Max QDA. Análisis MME.

Posteriormente, siguiendo con la codificación axial, se agruparon códigos similares en categorías, estas son las categorías emergentes, pues ellas surgieron de la agrupación de códigos sin establecer ítems predefinidos, respetando el relato de las participantes. A estas categorías se le asignó una descripción para facilitar su comprensión y para dilucidar los elementos que están contenidos en cada una. El ejercicio de codificación axial para las categorías emergentes se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1 Categorías Emergentes – Codificación axial.

CATEGORIA EMERGENTE	CÓDIGOS	DESCRIPCIÓN
DARSE CUENTA	Eso no era normal	<ul style="list-style-type: none"> a. Cuando ella se da cuenta por los síntomas b. Cuando reconoce que esos síntomas son señales de alarma c. La experiencia previa de otro. c. Embarazo previo, otras enfermedades, experiencias de otros, vinculación con los servicios de salud u otra hospitalización. d. Cuando busca un acompañante al reconocer los síntomas. e. Cuando elige ir al centro de salud o al hospital – el primer contacto. f. Cuando el evento ocurre dentro de la institución es diferente. g. Discurso del “Yo”
	Sentía algo raro	
	Empecé a tener un poco de sangrado	
	El embarazo anterior	
	Como yo ya había estado hospitalizada yo sabía	
	Mi amiga le pasó lo mismo	
	Como yo trabajo en el hospital yo sé	
	Le dije a mi amiga que me acompañara Llamé a mi esposo para que fuera conmigo Me fui con mi mamá porque me daba miedo allá en el Hospital.	
	Eso que le enseñan en el control El médico cuando yo iba al control me decía Cuando uno sale le dicen que si presenta algún síntoma de varios que se presente otra vez El médico me dijo que tenía que ir al cuando, a cualquier cosa me pasara.	
“VOY A MORIR”	Caos	<ul style="list-style-type: none"> a. Aspectos físicos b. Aspectos emocionales c. Relaciones analógicas propias o de otros. d. Imposibilidad de comunicarse. e. Percepción de gravedad. f. Pensar en él bebe. g. Privilegiar la salud del bebé. h. Rol de madre y esposa. i. Negociar con el médico las acciones. j. Decisiones finales
	Estaba angustiada	
	Fue horrible	
	Dije “me morí”	
	Sentí que me iba a morir	
	Pensé que me iba a morir	
	Como íbamos rápido en la ambulancia pensé que me iba a morir	
	Primero mi bebe	
	Que a ella no le pasara nada, a mí no importa, a ella no	
	No podía hablar	
	Me sentía terrible	
	Yo solo pensaba en mi bebe	
	Le dije al médico que yo hacía lo que fuera, pero primero mi hijo	

Fuente: Max QDA. Análisis MME. Triangulación investigadoras

Tabla 1 Categorías Emergentes- codificación axial (Cont)

CATEGORIA EMERGENTE	CÓDIGOS	DESCRIPCIÓN
ENTREGARSE	Ellos son los que saben	a. Gravedad de la situación.
	Ustedes son los que saben que es lo que una necesita para curarse	b. Confianza en el servicio de salud.
	Uno dice que, si a todo lo que ellos dicen, lo que ustedes dicen porque son los que estudiaron	c. Falta de información.
	Ellos me hicieron	d. No comprensión de la información recibida.
	Todo lo que me explicaron o me dijeron	e. Imposibilidad de tomar decisiones.
	Las decisiones no eran mías	f. Autoexclusión por dar al personal de salud una posición dominante.
	Como va a decidir uno en algo que no sabe	g. Exclusión de la participación de la paciente en el manejo por el personal de salud.
	Me remitieron	h. El personal de salud informa, pero no verifica su comprensión.
DESCONEXION		i. Pérdida de autonomía
		j. Discurso sobre otros "ellos"
	No recordar	a. Tiempo perdido.
	¿Qué paso?	b. Incertidumbre frente a lo que paso y lo que pasará después.
	Incertidumbre	c. Preocupación por él bebe.
	Preocupación por él bebe	d. Separación madre e hijo.
	Estaba muy mal y no supe que pasó de mí	e. Interrupción biográfica.
	Me lo contó mi mamá después Mi esposo me dijo después lo que paso El especialista vino y me dijo lo que había pasado Despertar en la UCI	f. Sentimientos de confusión, agitación, estrés.
		g. Cambio de escenario.

Tabla 1 Categorías Emergentes- codificación axial (Cont)
Emergentes- codificación axial (Cont)

CATEGORIA EMERGENTE	CÓDIGOS	DESCRIPCIÓN
DESENLACES ¿QUÉ PASA DESPUES?	La histerectomía	a. Las consecuencias del evento.
	No tener más hijos	b. Disrupción de la idea de la maternidad inicial.
	Mamá enferma	c. Los hijos también están sufriendo.
	Caer en cuenta de lo que pasó	d. Consecuencias físicas- identidad femenina.
	Lo importante fue que todos estamos bien	e. Seguimiento.
	No había pensado en todo junto	f. Valoración del evento.
LOS OTROS		g. Cuidados posteriores.
	La familia: Estar ahí Acompañar No dejar sola Ellos fueron los que me contaron lo que pasó Mi esposo llamaba a las auxiliares para que vinieran Mi mamá y mi hermana cuidaban al otro niño	a. Rol durante el proceso- pasivo.
		b. Acompañar, cuidar.
		c. Suplir rol de paciente en la vida cotidiana.
		d. Información poco precisa.
		e. Alertar al servicio de salud mientras estaban ahí.
		f. Suplir la información cuando no se da.
	La institución: Yo llegué ahí y ellos me atendieron Me dijeron, me informaron, me explicaron lo que pasaba, lo que había sucedido Me dijeron que eso es lo que había que hacer Me dijeron que me tranquilizara que iba a estar bien	a. Atender el evento como acción principal.
		b. Brindar información de acuerdo al momento del evento.
		c. Iniciar la ruta de atención.
		d. No evaluar la comprensión de la información.
		e. Excluir a la paciente en la toma de decisiones.
		f. Tranquilizar.
		g. Remitir.
		h. Responsabilidad total.

Luego, la codificación selectiva implicó el refinamiento de las categorías, que se realizó mediante una comparación de las distintas transcripciones de datos y los códigos asignados por la investigadora principal y la directora del trabajo de investigación realizando la triangulación de datos. La codificación selectiva también incluyó la identificación y el etiquetado de la categoría principal, estando relacionado los códigos y subcódigos de cada una.

Imagen 2 Ejemplo codificación selectiva

Sistema de códigos	Memo	Segmentos codificados
Sistema de códigos		168
Momentos		0
Puerperio		0
Parto		1
El evento	Recomendaciones al personal para tener cuenta	6
Traslado		1
Hemorragia		1
Embarazo		1
Inicio embarazo		1
Confirmar embarazo		1
Contar sobre el embarazo		1
Ponerse contenta		1
Caer en cuenta	Cayo en cuenta cuando vio las toallas en la casa y eso le genero preocupacion y por eso fue al medico	1

Fuente: Max QDA. Análisis MME.

Los datos fueron analizados conjuntamente por la estudiante de maestría y la directora del trabajo de grado incluyendo los códigos y subcódigos hasta visualizar 6 categorías emergentes, después a estas se les determinaron las respectivas dimensiones para finalizar ubicándolas dentro del ordenamiento y a final contar con el proceso, actores y escenarios.

En la Tabla 2 de la pagina siguiente se puede visualizar el ejercicio de ordenamiento de las categorías incluyendo las dimensiones.

Tabla 2 Ordenamiento categorías y ejes

SISTEMA DE CODIGOS			Segmentos codificados	Documentos
Sistema de códigos			807	12
Categoría EMERGENTE	Códigos	Descripción	Dimensiones	
DARSE CUENTA	Eso no era normal	a. Cuando ella se da cuenta por los síntomas	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso • Autonomía • Identificar signos de alarma • Información institucional • Escenarios 	
	Sentía algo raro			
	Empecé a tener un poco de sangrado	b. Cuando reconoce que esos síntomas son señales de alarma c. La experiencia previa de otro.		
	El embarazo anterior			
	Como yo ya había estado hospitalizada yo sabía	c. Embarazo previo, otras enfermedades, experiencias de otros, vinculación con los servicios de salud u otra hospitalización.		
	Mi amiga le pasó lo mismo			
	Como yo trabajo en el hospital yo sé	d. Cuando busca un acompañante al reconocer los síntomas.		
	Le dije a mi amiga que me acompañara			
	Llamé a mi esposo para que fuera conmigo	e. Cuando elige ir al centro de salud o al hospital – el primer contacto.		
	Me fui con mi mamá porque me daba miedo allá en el Hospital			
	Eso que le enseñan en el control	f. Cuando el evento ocurre dentro de la institución es diferente.		
	El médico cuando yo iba al control me decía			
	Cuando uno sale le dicen que si presenta algún síntoma de varios que se presente otra vez	g. Discurso del “Yo”		
	El médico me dijo que tenía que ir al cuando, a cualquier cosa me pasara.			

Fuente: Max QDA. Análisis MME. Triangulación investigadoras

Tabla 2. Ordenamiento, categorías y ejes (cont.)

Categoría EMERGENTE	Códigos	Descripción	Dimensiones
“VOY A MORIR”	Caos		
	Estaba angustiada	a. Aspectos físicos	
	Fue horrible	b. Aspectos emocionales.	
	“me morí”	c. Relaciones analógicas propias o de otros	
	Sentí que me iba a morir	d. Imposibilidad de comunicarse	
	Pensé que me iba a morir	e. Percepción de gravedad	• Percepción de gravedad - morir
	Como íbamos rápido en la ambulancia pensé que me iba a morir	f. Pensar en él bebe	• Caos
	Que a ella no le pasara nada, a mí no importa, a ella no	g. Privilegiar la salud del bebé	• Actores – paciente
	No podía hablar	h. Rol de madre y esposa	• Acciones institucionales
	Me sentía terrible	i. Negociar con el médico las acciones	• Autonomía
	Yo solo pensaba en mi bebe	j. Decisiones finales	• Hijo
ENTREGARSE	Ellos son los que saben	a. Gravedad de la situación	
	Ustedes son los que saben que es lo que una necesita para curarse	b. Confianza en el servicio de salud	
	Uno dice que, si a todo lo que ellos dicen, lo que ustedes dicen porque son los que estudiaron	c. Falta de información	• Autonomía
	Ellos me hicieron	d. No comprensión de la información recibida	• Percepción de gravedad - morir
	Todo lo que me explicaron o me dijeron	e. Imposibilidad de tomar decisiones	• Caos
	Las decisiones no eran mías	f. Autoexclusión por dar al personal de salud una posición dominante	• Escenarios
	Como va a decidir uno en algo que no sabe	g. Exclusión de la participación de la paciente en el manejo por el personal de salud	• Actores – otros
	Me remitieron	h. El personal de salud informa, pero no verifica su comprensión	• Decisión institucional
		i. Pérdida de autonomía	• Información institucional
		j. Discurso sobre otros “ellos”	

Fuente: Max QDA. Análisis MME. Triangulación investigadoras

Tabla 2. Ordenamiento, categorías y ejes (cont.)

Categoría EMERGENTE	Códigos	Descripción	Dimensiones
DESCONEXION	No recordar	a. Tiempo perdido	<ul style="list-style-type: none">• Actores – otros• Autonomía• Hijo• Información de otros• Escenarios
	¿Qué paso?	b. Incertidumbre frente a lo que paso y lo que pasará después	
	Incertidumbre		
	Preocupación por él bebe	c. Preocupación por él bebe	
	Estaba muy mal y no supe que pasó de mí	d. Separación madre e hijo	
	Me lo contó mi mamá después	e. Interrupción biográfica	
	Mi esposo me dijo después lo que paso	f. Despertar en la UCI	
	El especialista vino y me dijo lo que había pasado	g. Sentimientos de confusión, agitación, estrés	
	h. Cambio de escenario		
DESENLACES ¿QUÉ PASA DESPUES?	La histerectomía	a. Disrupción de la idea de la maternidad inicial	<ul style="list-style-type: none">• Consecuencias físicas, emocionales• Actores - paciente• Hijo
	No tener más hijos	b. Los hijos también están sufriendo	
	Mamá enferma		
	Caer en cuenta de lo que pasó	c. Consecuencias físicas-identidad femenina	
	Lo importante fue que todos estamos bien	d. Seguimiento	
	No había pensado en todo junto	e. Valoración del evento	
LOS OTROS	La familia: Estar ahí Acompañar No dejar sola Ellos fueron los que me contaron lo que pasó Mi esposo llamaba a las auxiliares para que vinieran Mi mamá y mi hermana cuidaban al otro niño	a. Rol durante el proceso-pasivo	<ul style="list-style-type: none">• Actores - otros• Información de otros
		b. Acompañar, cuidar	
		c. Suplir rol de paciente en la vida cotidiana	
		d. Información poco precisa	
		e. Alertar al servicio de salud mientras estaban ahí	
		f. Suplir la información cuando no se da	

Fuente: Max QDA. Análisis MME. Triangulación investigadoras

Tabla 2. Ordenamiento, categorías y ejes (cont.)

Categoría EMERGENTE	Códigos	Descripción	Dimensiones
LOS OTROS	<p>La institución/El personal de salud</p> <p>Yo llegue ahí y ellos me atendieron</p> <p>Me dijeron, me informaron, me explicaron lo que pasaba, lo que había sucedido</p> <p>Me dijeron que eso es lo que había que hacer</p> <p>Me dijeron que me tranquilizara que iba a estar bien</p>	<p>a. Atender el evento como acción principal</p> <p>b. Brindar información de acuerdo con el momento del evento</p> <p>c. Iniciar la ruta de atención</p> <p>d. No evaluar la comprensión de la información</p> <p>e. Excluir a la paciente en la toma de decisiones</p> <p>f. Lenguaje no verbal</p> <p>g. Tranquilizar</p> <p>h. Remitir</p> <p>i. Responsabilidad total</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actores - otros • Acciones institucionales • Decisión institucional • información institucional • Proceso

Fuente: Max QDA. Análisis MME. Triangulación investigadoras

5.7 Validación de datos

Martínez plantea que la validez es la mayor fuerza de las investigaciones cualitativas (142). En estas investigaciones la validación constituye parte integral del proceso global desde la recolección, la organización y el análisis de los datos, por lo cual el investigador debe revisar permanente y progresivamente la validez de sus hallazgos y sus interpretaciones.

Las estrategias de este estudio para validar y verificar los resultados finales fueron: a) Verificación de la representatividad: Para evitar generalizaciones que no estuvieran fundamentadas en los datos, se examinaron cuidadosamente los hallazgos que reflejaron situaciones atípicas, y que pudiesen provenir de la selección de los informantes. b) Ponderación de la evidencia: Se sopesó la calidad de la información teniendo en cuenta que los datos eran de informantes comprometidas con el estudio, recogiendo datos de contactos de primera mano u obtenidos de personas que participaron voluntariamente. c) Revisión del significado de casos marginales: Con esta estrategia se buscó incrementar la validez de los resultados obtenidos mediante la revisión de datos que no encajaran con la línea analítica.

6. CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo a la normatividad vigente en el país, esta investigación se considera de riesgo mínimo (143).

La captación de las mujeres inició con la identificación de los casos con base en los registros institucionales como los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS=, bases de datos de morbilidad materna extrema y fichas de vigilancia epidemiológica. El acceso a información de los casos en las instituciones se realizó previa autorización del comité de ética de la Universidad del Valle y el Hospital Universitario San José de Popayán (ver anexo No.1 y Anexo No2 y consistió en revisión de bases de datos y registros de comités de Morbilidad Materna Extrema y su uso fue exclusivamente para identificar los criterios para ser un caso de MME.

Con el fin de garantizar los aspectos éticos se presentó y se realizó el diligenciamiento del consentimiento y asentimiento informado de las mujeres o sus tutores en el caso de las menores de edad para participar en el estudio. (Anexo No. 4 Consentimiento Informado, Anexo No. 5 Asentimiento). En ellos se explicaron los objetivos y propósitos del estudio, la duración y la libertad que tenían de retirarse en el momento que lo desearan y solo se vincularon a la investigación las mujeres que diligencien dicho documento.

Se analizó que podrían existir riesgos en esta investigación como la violación a la confidencialidad y la ocurrencia de una crisis durante la entrevista, porque la entrevista explora el significado subjetivo de una situación específica y podría estimular la autorreflexión, la reevaluación y la auto revelación y esto puede ser estresante para las participantes, no se presentó ninguna complicación, ni se presentaron los riesgos previstos.

Para mitigar los riesgos potenciales se utilizaron códigos para identificar a las mujeres para proteger la confidencialidad de la información, y en su transcripción el uso de los mismos para obviar sus nombres, así como la custodia de la información por parte de la investigadora en un espacio bajo llave asignado para ello.

La información recolectada fue manejada de forma anónima y no aparece el nombre de las participantes en ninguna publicación o documento, ni aparecerá en caso de que este estudio de pie para la realización de otras publicaciones, la información de los datos personales solo fue conocida por la investigadora del proyecto Jessica Valencia y la directora de trabajo de investigación Nhora Lucía Arias Q. La información que aparece en el informe de esta investigación y documentos posteriores solamente contienen resultados de la interpretación de los datos.

Dada la posibilidad de utilización de los datos recolectados durante la investigación estudios futuros similares, se solicitó la autorización de la participante para el uso de ellos en el consentimiento informado, bajo la autorización del Comité de Ética de la Universidad del Valle y del Hospital Universitario San José de Popayán, a lo cual todas autorizaron.

7. RESULTADOS

Teniendo en cuenta el diseño metodológico de este estudio se presentan los resultados iniciando con una descripción de las características de las mujeres y los elementos que hicieron que fueran clasificadas dentro de los eventos de MME.

Posteriormente los resultados se presentan de acuerdo a las categorías emergentes, sus códigos, descripción y dimensiones.

7.1 Características de mujeres

Se realizaron 12 entrevistas a mujeres que presentaron el evento de MME y que cumplieron con las características para hacer parte del estudio de acuerdo con la clasificación de la OMS(52)(56)(57). La edad se encuentra entre 17 a 36 años, de acuerdo con la procedencia el 25% pertenece a zona rural y 75% a zona urbana en los municipios de Popayán, Caldon y Patía. El nivel educativo va desde el más bajo, primaria incompleta hasta el más alto el profesional. Se identificó cual era el número de embarazo que correspondía al actual para identificar los casos donde las mujeres contaban con experiencia previa y poder abordar el tema, fueron primigestantes el 42%, hasta el quinto hijo. 84% contaban con compañero en el momento del evento. Frente a la etnia dos pertenecen a la indígena y una afrodescendiente, características diferenciales entre las participantes. En la tabla 3 se detallan las características de las mujeres con Morbilidad Materna Extrema atendidas en el Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, 2018

Tabla 3 Características de las mujeres con Morbilidad Materna Extrema incluidas en el estudio. Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, 2018

Código	Edad	Estado civil al evento	Nivel educativo	Ocupación al evento	No embarazo actual	Compañero al evento	Sitio de residencia	Zona
1	22	Casada	Bachiller	Ama de casa	2	Si	Popayán	Urbana
2	33	Unión libre	Técnico	Técnica de sistemas	2	Si	Popayán	Urbana
3	27	Soltera	Técnico	Auxiliar de enfermería	1	Si	Popayán	Urbana
4 ²	31	Unión libre	Primaria incompleta	Ama de casa	4	Si	Caldono	Rural Dispersa
5	16	Soltera	Bachiller	Estudiante	1	Si	Popayán	Urbana
6	32	Casada	Profesional	Docente	1	Si	Popayán	Urbana
7	32	Soltera	Profesional	Docente	1	No	Popayán	Urbana
8	17	Soltera	Básica secundaria	Estudiante	1	Si	Popayán	Urbana
9 ³	25	Soltera	Básica secundaria	Ama de casa	3	Si	Patía (el bordo)	Urbana
10	36	Soltera	Básica secundaria	Ama de casa	3	No	Popayán	Urbana
11	32	Unión libre	Básica secundaria	Ama de casa	5	Si	Plateado	Rural Dispersa
12 ⁴	25	Soltera	Básica primaria	Ama de casa	2	Si	Piendamó	Rural

Fuente: Historias clínicas Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E

En la Tabla 4 se muestran las características asociadas del evento de MME de acuerdo con los criterios de clasificación establecidos por la OMS y que fueron tenidos en cuenta para la selección de las participantes en este estudio (52)(56)(57)..

Es importante visualizar las características del evento de MME ya que las diferencias en la enfermedad específica, el momento donde se presenta y especialmente el manejo aportan contrastes en el desarrollo del proceso. Dentro de las complicaciones maternas severas (Enfermedad Específica) se encontró diversidad, como primera complicación están los Trastornos Hipertensivos del Embarazo (Preeclampsia severa y Eclampsia 41,6%), seguidas de los tipos de Shock séptico e hipovolémico 25% y finalizando con las hemorragias 17%, 8,33% con una embolia pulmonar y otro porcentaje igual sin criterio de Enfermedad Específica.

² Indígena

³ Afrodescendiente.

⁴ Indígena.

Respecto a las intervenciones críticas la mayoría de las mujeres (92%) tuvieron como parte del manejo el ingreso a UCI. Además, 42% tuvo otro tipo de intervenciones críticas como transfusión y cirugía adicional. Se presentaron condiciones peligrosas para la vida en 92% de las mujeres, con la falla vascular como principal tipo de disfunción orgánica, hubo también casos de fallas metabólicas, renales y de coagulación. El 75% de los eventos se presentaron en el embarazo, el 25% en el puerperio y no hubo eventos durante el parto.

Tabla 4 Características del evento Morbilidad Materna Extrema en las mujeres incluidas en el estudio. Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E .2018.

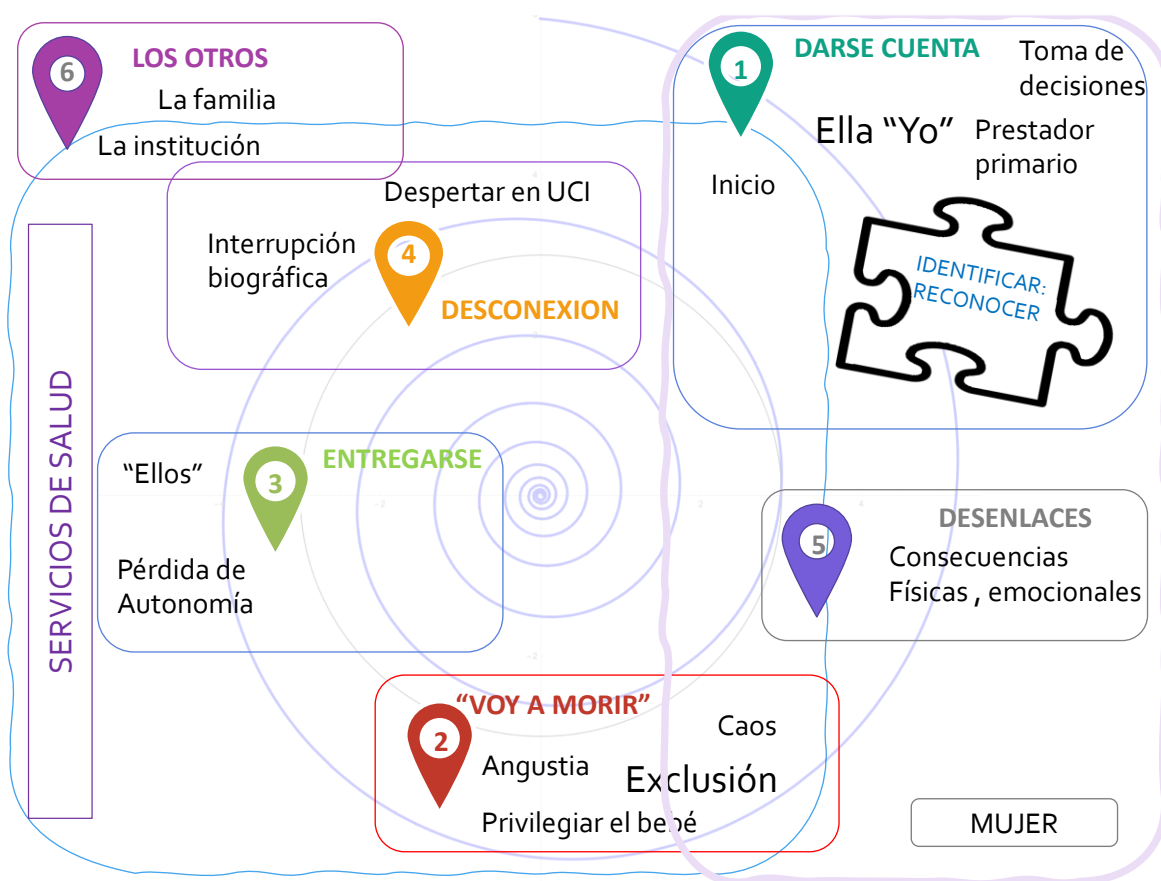
COD	COMPLICACIONES MATERNAS SEVERAS (Enfermedad Específica)	INTERVENCIONES CRITICAS (Manejo)	CONDICIONES PELIGROSAS PARA LA VIDA (Relacionados con disfunción orgánica)	MOMENTO DEL EVENTO
1	Hemorragia	UCI Transfusión	No presentó	Puerperio
2	No presentó	UCI Transfusión	Falla Vascular	Puerperio
3	Eclampsia	UCI	Falla Metabólica	Embarazo
4	Eclampsia	No presentó	No presentó	Embarazo
5	Hemorragia	UCI Transfusión	Falla Vascular	Embarazo
6	Preeclampsia Severa	UCI	Falla Vascular Falla Órgano Riñón	Embarazo
7	Eclampsia	UCI	No presentó	Embarazo
8	Preeclampsia Severa	UCI Cirugía Adicional	Endocrino/Metabólica	Puerperio
9	Shock Hipovolémico	UCI Transfusión	Falla Vascular	Embarazo
10	Shock Séptico	UCI	Falla Metabólica	Embarazo
11	Embolia pulmonar	UCI	Falla Cardíaca Falla Vascular Falla Coagulación	Embarazo
12	Shock séptico	UCI	No presentó	Embarazo

Fuente: Historias clínicas Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E

7.2 Categorías emergentes

Como se mencionó previamente en este estudio surgieron como categorías: darse cuenta, “voy a morir”, entregarse, qué pasa después y los otros. A continuación, se visualizan en forma gráfica dentro del proceso de las mujeres con MME, posteriormente se describe cada una de ellas acompañadas de epígrafes tomados textualmente de las transcripciones de las entrevistas y que dan soporte al resultado encontrado.

Figura 3 Categorías emergentes en las experiencias de mujeres con Morbilidad Materna Extrema. Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E, 2018.



Fuente: Adaptación propia.

El proceso vivido en el evento de la Morbilidad Materna Extrema no se desarrolla linealmente, contiene diferentes características, factores, elementos, conceptos, que emergen desde el propio relato de cada una de ellas y que cumplen un papel importante en el proceso. En las categorías darse cuenta y desenlaces se observa a la mujer con el rol principal, luego en la categoría “voy a morir” empieza a compartir dicho rol con el servicio de salud, y en las categorías entregarse, desconexión y una parte de los otros son principalmente referidas al papel del servicio de salud desde la mirada de la mujer.

Darse cuenta

Categoría relacionada al momento cuando aparecen los síntomas, la mujer los identifica como algo diferente a la “normalidad” del transcurso del embarazo, parto o el puerperio. Posterior a la identificación, la mujer los relaciona con información brindada por los servicios de salud, otras personas o por experiencias previas en caso de quienes ya habían tenido hijos. Cuando se relacionan, entonces se reconocen como señales de alarma o signos de peligro, donde la mujer empieza a tomar decisiones.

Es el inicio del proceso, cuando las mujeres se dan cuenta que existe una desviación en lo que consideran el proceso normal del embarazo, el parto o el puerperio. Inicialmente empiezan a identificar signos y síntomas, los cuales asocian a unas señales de alarma conocidas por ellas por diferentes fuentes: una, la información recibida desde el servicio de salud, la cual es repetitiva en los diferentes momentos de contacto con ellas en la gestación (control prenatal, hospitalizaciones durante el embarazo, puerperio). La segunda, el conocimiento previo, ya sea propio o a través de terceros en el caso de las primigestantes, experiencia aportada por madre, o amigas que han tenido hijos.

“A uno siempre le enseñan que el sangrado no es normal, osea, así no me hubiera pasado nada yo creo que habría ido. No sé. Será que porque ya tenía el niño sabía eso... Bueno además en el control siempre le dicen eso a uno...” (Paciente 02).

“Ah pues porque en el embarazo no debe sangrar, eso es algo que una sabe. Además el doctor del control siempre le repite eso, las auxiliares y todo el mundo. Ustedes parecen un disco rayado que el sangrado, que si le sale agüita, que si le duele, hasta por gripa lo mandan a una al hospital” (Paciente 010)

Sin embargo, en ocasiones el evento es detectado en el servicio de salud y puede implicar decisiones de manejo dentro de la institución o remitir a un nivel superior. En otros casos por la severidad del cuadro la mujer solo se da cuenta cuando despierta en servicios como cuidado intensivo.

Este reconocimiento de las señales de alarma pone en alerta a la mujer para la decisión de actuar, de buscar ayuda. En esta parte de proceso, se identificó que antes del contacto con el servicio de salud, existe un componente inicial en el proceso, la búsqueda de ayuda de su red de soporte social, alguien de su familia, amigos, o personas cercanas cuando los síntomas inician, buscando un acompañante en el momento.

“Un día yo estaba como de siete meses y fui al baño y tenía sangre en el pantalón, y me limpié y tenía más sangre, entonces llamé a mi mama y le mostré y ella, mejor dicho, salimos como locas al centro de salud” – (Paciente 05)

“... Resulta que yo me empecé sentir muy mal y empecé a sentir zumbidos en los oídos y estaba como muy mareada. Y ahí me acordé que el médico me había dicho que cuando tenía eso, era porque la presión se me había subido. Entonces, le dije una compañera mía del colegio que si me podía acompañar al puesto de salud que es ahí cerquita” –(Paciente 07)

Al identificar los signos y síntomas, reconocer la señal de alarma y contar con una persona de soporte, las mujeres tomaron la decisión de acudir al servicio de salud en aquellos casos donde el evento se presentó en entorno comunitario (fuera de los servicios de salud).

Este contacto con el servicio de salud tiene unas características según los relatos de las participantes, una de ellas es que la búsqueda del soporte social (pareja, familia, otras personas cercanas), se relaciona con temor del manejo de las instituciones por la complejidad, el tamaño o por una relación que emergió como “ir al hospital requiere ir siempre con alguien por si uno necesita algo”⁵

En algunos casos estos acompañantes se convierten en impulsores para la toma de la decisión de buscar ayuda en el servicio de salud, son ellos (actores-otros) quienes le dicen o refuerzan a la mujer la necesidad de acudir al servicio de salud. En ningún caso se observó que al buscar el acompañante este fuera una barrera o limitante para la atención.

“Después al otro día ya me dio más dolor y yo le dije a la cuñada que me sentía mal, que me estaba doliendo, como hirviendo la boca del estómago y ella me dijo que bajáramos al hospital” – (Paciente 04)

“... Llegó mi mamá y mi tía y que sí, que fuera a hospital que no sé qué, y pues me tocó ir, antes gracias me obligaron porque pues me remitieron otra vez” – (Paciente 010)

“Entonces mi mamá me dijo, no hija vámonos para el XXX⁶ (Hospital XXX) y mi papá llamó un taxi y me fui con mi mamá para el hospital “– (Paciente 05)

Se identificaron múltiples escenarios donde se desarrolla el proceso inicial de búsqueda de atención, cuando inician los síntomas; casa de las participantes, sitios de trabajo, casas de otros (escenarios comunitarios).

Cuando se inicia el desarrollo del evento (diagnóstico, remisión, manejo) se puede visualizar en diferentes niveles de atención, todos finalizando en la alta complejidad, a estos escenarios los llamamos institucionales en el proceso de codificación.

En los relatos, se pueden identificar las instituciones donde son remitidas, sin embargo para ellas, no son claros los escenarios (servicios) específicos, excepto la unidad de cuidados intensivos, la cual es claramente detallada por las mujeres y se presentó en la mayoría de los casos.

También hay un elemento que refuerza el concepto que emergió sobre el conocimiento informal y su relación con experiencias en otros procesos de atención, especialmente en el acto de la remisión, pues las mujeres asociaron la remisión a la alta complejidad con empeoramiento del evento o gravedad.

“.. Pues que al San José va uno cuando es así algo grave y pues uno embarazado mejor no ponerse a voltear. No ve que al final a la gente siempre la remiten allá...pues son esas cosas que uno sabe...”. - (Paciente 07)

“A ese hospital eso es cuando van así la gente re grave, como cuando me mandaron a mí para allá... uno sabe que al San José van los que están así re graves, y encima me dicen lo de la cesárea y yo tenía 8 meses apenas, no eso yo me preocupe mucho”. –(Paciente 08)

Además de esta asociación se describen sentimientos de temor y confusión en este tipo de instituciones, aspecto que motiva la necesidad de contar con acompañante en el proceso de atención, uno de los elementos del actuar inicial de las mujeres buscando ayuda.

⁵ Código in vivo.

⁶ Por motivos de confidencialidad se evita escribir los nombres de personas y/o instituciones diferentes al Hospital Universitario San José de Popayán en el documento.

“Y yo le dije a mi mamá pues porque me daba miedo que me fueran a mandar allá al Hospital xx, yo sola y que después me fueran a decir algo de alguna cirugía o que le pasaba algo a mis hijos. Entonces, pues creo que por no sentirme sola le dije que se fuera conmigo”. -(Paciente 10)

“Pues ya me dijeron que me tenía que quedar en el hospital pues, la verdad me asustó quedarme, por qué en el hospital imagínese. Ese hospital es grandísimo y pues uno no conoce nadie y pues uno debe necesitar algo no? Y mi abuela ha estado conmigo siempre, ella es la que me cuida”. -(Paciente 07)

Otra característica de esta categoría es la forma en que las mujeres eligen donde hacer el contacto con el servicio de salud. Se observaron dos tipos de contacto, uno a nivel ambulatorio en unidades primarias donde se favorece el acceso al servicio de salud por cercanía o presencia en el sitio y otro tipo relacionado con el acceso directo a los prestadores complementarios (mediana y alta complejidad), donde el conocimiento informal del manejo de la red de atención, es decir, en su imaginario, conocen a donde se va cuando la situación de salud se complica, o existen también conocimientos comunitarios por experiencias propias o analógicas sobre la complejidad, fueron los principales elementos identificados cuando se preguntó sobre cómo o porque llegaron al servicio de salud donde hicieron el primer contacto al inicio de síntomas.

“Fui a ese hospital (Hospital XX) porque pues, es el hospital que más cerca esta de mi casa y además, las embarazadas casi siempre van allá. Allá nació mi hermano, y pues siempre va uno allá...” (Paciente 05)

“Yo hacía mis controles en XX (Centro de atención ambulatoria) y entonces me tocaba la urgencia en el Hospital XX (Mediana Complejidad) pero mi amiga me dijo que no! que no fuéramos allá sino que fuéramos directo para el San José⁷ porque le daba miedo que yo estuviera con la presión alta y ella había conocido una vecina que le había dado una cosa que se llama preeclampsia, en ese momento yo no sabía que yo también tenía eso. (Paciente 07)

“...Si desde acá del Patía todas las embarazadas y los de XXX (Entidad Promotora de Servicios de Salud) pueden ir al San José sin orden de apoyo, por eso fui a parar allá”. -(Paciente 09)

Al hablar de MME, se evidenció que la severidad del evento generó que el inicio de la ruta fuera principalmente desde el entorno institucional. En esta categoría fue visible que cuando los síntomas inician en el entorno ambulatorio, las mujeres identifican y reconocen las señales de alarma, y con ellas acuden a un primer contacto con los servicios de salud como parte de su experiencia, pero aún no se ha presentado el evento completamente, no es el inicio de la ruta de atención del evento específico, pues a medida que los síntomas fueron diagnosticados o se complicaron, las instituciones remitieron a otro nivel o realizaron acciones para atender el evento en los diferentes servicios en el caso de las instituciones de mediana y alta complejidad.

Se destaca un elemento como parte de la narrativa de las mujeres y es el tipo de discurso “Discurso del yo” el cual se visualiza en todos los relatos cuando se trata de los momentos previos al evento, el embarazo, el control prenatal y el parto.

En esta parte del proceso la mujer se convierte en la principal actriz. En el proceso principalmente se evidencia su papel activo en la búsqueda de ayuda en los primeros

⁷ Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E

momentos de la gestación, en la identificación y reconocimiento de los signos y síntomas asociados al evento.

“Me quité el dispositivo un año y medio antes, luego ya quedé embarazada. Me tomé tres pruebas de orina que me salieron positivas, y la de sangre me salió negativa pero finalmente, pues, si estaba embarazada, y empecé el control cuando tenía seis semanas, fui al mismo ginecólogo...” (Paciente 02)

“Pues me hice la prueba y salió positiva. Ahí mismo me la entregaron, yo me fui al hospital XXX (prestador primario) para que me la dieran rápido... Yo me fui y pedí la cita...” (Paciente 01)

“No, yo solita fui donde el doctor a mi control de esto y pues le pregunté si ya podía tener un hijo y él me dijo que sí, entonces yo ya le dije a mi marido que ya podíamos tener él bebe” (Paciente 09)

Esta categoría marca el inicio del proceso vivido por la mujer, brinda características muy importantes, resaltando los elementos de autonomía, toma de decisiones, búsqueda de ayuda y ella como principal protagonista de este momento.

“Voy a morir “– Percepción de gravedad

Categoría emergente con *código InVivo*, relacionada en el análisis como “percepción de gravedad”. Hace alusión al momento cuando las mujeres fueron conscientes de la complicación y del peligro en el que estaban sus vidas, esta categoría surge en todas las participantes y está presente en todos los casos.

Hay dos elementos que inicialmente impactan en darse cuenta del peligro, uno relacionado al incremento de los síntomas y otro con la dinámica institucional alrededor de la severidad de la paciente, que le hace percibir la gravedad de la situación.

“Fue como la primera vez en todo el tiempo, desde que me puse mal que sentí miedo a morirme. Me puse a rezar sin decirle nada a mi esposo. Después le dije a él que por favor cuidara al bebé si me pasaba algo porque yo sentía que estaba muy ma. Mi esposo se puso a llorar y yo también, y creo que eso me puso muy mal porque me agité, otra vez no pude respirar y el dolor de la cabeza fue tan fuerte que empecé a ver luces hasta que me desmayé. (Paciente 06)

La intensificación de los síntomas se relaciona con experiencias propias o analógicas para dar explicaciones sobre el evento, hasta llegar a la percepción de gravedad asociada a morir; “Voy a morir” “Sentí que iba a morir” “Pensé que me estaba muriendo” y “Morí” son expresiones que se repiten en la narración de todas las mujeres.

“Fue horrible porque cada vez que me decían que ya era la hora de la cesárea me aumentaba la ansiedad. Yo en serio creía que yo me iba a morir y que él bebe también”. -(Paciente 06)

“Le dije al doctor que qué me estaba pasando, hasta le dije que si me iba a morir. Ahí si lloré y lloré no me pude calmar”. -(Paciente 08)

“Pues cuando me dio esa cosa tan horrible, cuando le digo que estaba sola, ahí yo pensé que iba a morir porque me desmayé. Una cosa como que un calor, como que una cosa, como una pesadez en el cuerpo no sé. Ahí yo sentí no sé cómo que me iba a dar algo”. - (Paciente 03)

En este momento se “desata” el caos en la psiquis de las mujeres, surgen códigos relacionados con múltiples sentimientos, sensaciones y pensamientos de angustia, temor, culpa, hay unos elementos no verbales que se perciben por ellas en las instituciones y que generan en su imaginario relaciones sobre lo que está pasando, cuando las personas

corren, cuando hay agitación entre el equipo, conversaciones internas entre las personas que atienden donde se escuchan por parte de las mujeres ciertas palabras como “urgente” o “grave”.

“Pues yo me asuste porque todos corrían, pero estaba tan como dormida que como que, como le digo, todo pasaba, pero yo no podía hablar del dolor”. –(Paciente 04)

El elemento del tiempo se resaltó, especialmente en la atención de los eventos más severos, entre más se sintió rapidez o priorización de la atención en el servicio, sintieron que estaban más complicadas

“Entonces nos fuimos para el hospital San José en un taxi, allá había muchísima gente, pero me atendieron rápido porque estaba embarazada”. - (Paciente 07)

“Me asusté por que iba la médica y la enfermera hablando con el conductor, le decían que le hiciera rápido que pitara, yo me asusté, porque uno ve en las películas que cuando la ambulancia va a mil es porque el paciente se está muriendo”. –(Paciente 01)

Frente a la dinámica institucional, que también se relaciona con la percepción de gravedad, se identificaron elementos no verbales de la atención, la dinámica de los servicios y la información que se brinda a la paciente y su familia y su no comprensión, que acentuaron la percepción de gravedad. Las mujeres relataron durante el evento confusión, premura, múltiples órdenes verbales y cruces de información.

“Yo me asusté tantísimo porque el médico estaba, así como asustado también...porque él estaba todo preocupado, no me quería dejar salir.”- (Paciente 07)

“Yo solo pensaba que me iba a morir, eso fue lo que les entendí... No, pues ellos hablaron muchas cosas, pero pues eso fue lo que yo entendí, porque ellos me dijeron que si no me sacaba la matriz iba a sangrar más y más y me podía desangrar. - (Paciente 01)

Uno de los elementos más visibles evidenciado en esta categoría en la dimensión actores/mujeres, es la anteposición la salud de los bebés frente a la propia. En todos los casos, sin importar la diferenciación de momento o tipo de evento se identificó que la percepción de gravedad durante el evento tiene un enfoque mayoritariamente sobre el bebé; cuando el evento se presentó durante el embarazo, la percepción de gravedad está igualmente en función del bebé para la terminación adecuada del embarazo.

“Yo me fui para la casa y de ahí estar pendiente de los signos de alarma y que mi bebé se moviera, se estuviera moviendo porque cuando ella no se movía para mí era súper estresante. Yo me levantaba y lo único que esperaba era que ella se moviera porque si no ya empezaba que no se ha movido la niña, que no se ha movido la niña;jj y empezaba a preocuparme, entonces, yo la estimulaba para que se moviera y cuando ya se me movía ya me tranquilizaba. Entonces esos fueron días de mucha angustia porque yo siempre a cada rato pensaba que la niña se me iba a morir, se me iba a morir”- (Paciente03).

“Me puse a llorar terrible. Usted no se imagina lo que sentí. Mi bebé no tenía sino 6 meses, a esa edad los bebés no pueden nacer. Yo le decía al médico, doctor, pero no me pueden hacer cesárea él bebé no está listo”. –(Paciente 06)

La percepción del riesgo incrementa a medida que el evento se complica, en todos los casos se evidenció que, desde el reconocimiento del riesgo, el manejo de la complicación, los cuidados durante el embarazo y el puerperio y, especialmente, cuando es consciente

de la gravedad y hay una percepción de poder morir se privilegia la salud del bebé, inclusive sobre la materna.

“...Realmente a mí lo que me preocupaba en ese momento era que los bebés se podían morir, creo que yo no pensé nunca en que a mí me podía pasar algo a pesar que en muchas oportunidades cuando los especialistas iban, me decían que yo tenía riesgo de sufrir un infarto, que yo tenía riesgo de sufrir muchas cosas, pero a mí lo que me preocupaba no era que me pasara algo a mí, sino que le pueda pasar algo a los dos bebés”.– (Paciente 10)

“.... No pues para mí fue terrible, yo me puse a llorar no veía a nadie. Cuando ya vino, no se, creo que era una enfermera que me dijo tranquila que su bebé está bien que su bebé nació bien..... que vas a estar bien, te voy a colocar un medicamento no se qué. Algo así fue que me dijo, pero pues yo como no podía hablar, entonces pues ya me tranquilicé sabiendo que la niña estaba bien, pues porque para mí lo más importante es que la niña, era que ella estuviera bien, si a mí me pasaba algo no importaba pero a ella no, a ella que no le pasara nada” .– (Paciente 03)

El pensamiento de poder morir, fue un elemento que actuó como facilitador en la toma de decisiones, en algunos casos la madre tomó la decisión (de las pocas ocasiones donde sucedió) de establecer un proceso de “negociación” con el personal de salud en cuanto a su tratamiento para lograr proteger la salud del bebé.

Yo me puse súper mal, yo lloraba y le decía al doctor “doctor, que ya no me movía más, que, por favor por favor, que me dejara con el bebé adentro, ¡¡El todavía no estaba listo que por favor!! que yo hacía lo que fuera, pero si, que no me lo fueran a sacar todavía.” ... Fue horrible. Pero ni modo, me tocaba hacerlo porque era la única forma que la presión no se me subiera. Y pues yo decía no pues si eso es lo que hay que hacer pues hay que hacerlo...” “...Ahí está la razón, usted sabe, uno por los hijos hace todo”. –(Paciente 07)

Se identificaron elementos que son de gran importancia para analizar en las experiencias de las mujeres con MME relacionados con ese preciso momento donde la mujer, ya sea por la dinámica institucional o el incremento de los síntomas, percibe el riesgo de morir. En ese momento las mujeres en todos los casos privilegiaron la salud del bebé frente a la propia.

Entregarse

Esta categoría tiene que ver con el desarrollo de la autonomía de las mujeres en los diferentes momentos de su experiencia, contiene una diferenciación respecto a la toma de decisiones, se observó que al inicio del proceso ellas son suficiente autónomas, pero cuando llegan a los servicios de salud o cuando es ahí donde se inicia el evento se va perdiendo esa autonomía hasta llegar a una completa “entrega” al personal de salud para la toma de decisiones.

Uno de los principales temas emergentes en este estudio fue el concepto de autonomía, a medida que se fue avanzando en la codificación, análisis y triangulación hasta llegar a la saturación teórica que permitió identificarla dentro del ordenamiento conceptual de la búsqueda de ayuda como uno de los elementos más representativos del proceso.

Existe una particular diferenciación en la autonomía de las mujeres, donde es el momento de presentación del evento el que marca la presencia o no de autonomía de las mujeres.

Cuando inician los síntomas, al identificarlos, reconocerlos e iniciar el proceso de búsqueda de ayuda se observan también elementos de autonomía, adicionándole la búsqueda del acompañamiento, que podría ser un elemento que va paralelo a la autonomía inicial, caracterizada por ser más individual, pero aún se conservan las acciones para la toma de decisiones propia de la paciente.

“No, yo le dije a mi marido, camine vamos al hospital que estoy sangrando otra vez...” (Participante 010)

Sin embargo, a medida que el evento continúa y se vuelve más severo, se evidencia un cambio en el discurso de las mujeres, pasa del “Yo” al “Ellos”, se encuentran afirmaciones como “Ellos me hicieron” “Ellos me preguntaban” “Allá me hacían” “Me mandaron a.”,

“Después vino la médica y me la tomó otra vez, y me empezó a preguntar un montón de cosas. No me acuerdo bien que tanto me preguntó, lo que si me acuerdo fue que me dijeron que me tenían que hacer una monitoria para el bebé y me conectaron a mí a un monitor también para medirme la presión. Entonces me hicieron la monitoria y el bebé estaba bien, pero la presión se me seguía subiendo. Entonces ya me pasaron a la camilla y me pusieron medicamentos para la presión ahí por la vena y me dijeron que si no me pasaba, osea que si no me bajaba me tenían que mandar para el San José porque tenían que hacerme cesárea. – (Participante 08)

Se traslada la toma de decisiones al personal de salud, quienes realizan procedimientos, indagan sobre sintomatología, diagnostican, tratan o estabilizan y remiten a otros centros asistenciales de mayor complejidad o a otros servicios. El personal cumple unas actividades para manejar el evento, a lo que la paciente no indaga, no cuestiona, solo permite que se desarrollen dichas actividades.

“Entonces una doctora vino y me dijo que me iban a mandar a Popayán en la ambulancia, que el niño estaba bien pero que yo tenía la presión alta y que estaba mal. – (Participante 04)

“Volvió un especialista y me dijo que los resultados del examen de la orina no habían salido buenos, que había mucho riesgo porque el embarazo era de dos bebés y que con el azúcar alto y con esa bacteria en la orina lo mejor era que me tratarán en el hospital San José. Él no me dijo nada más y me mandaron en otra ambulancia para el segundo piso del San José donde queda urgencias de las embarazadas”. – (Participante 010)

Esta característica se relaciona con la confianza en el personal de salud, no es clara la razón, pero se muestran algunos relatos relacionados con el conocimiento, hay una evidente autoexclusión de la participación de la mujer en el manejo de su proceso de salud, adjudicando temor a ser regañada, falta de conocimientos, y no tener suficiente información.

“...Ellos son los que saben para eso estudiaron. Ellos son los que saben qué hay que hacer” ... “Cómo va a decidir uno en algo que no sabe”. “Uno dice que sí a todo lo que ellos dicen, lo que ustedes dicen porque son los que estudiaron”. (Participantes 01, 08, 09).

Las mujeres marcan en su relato la posición dominante del médico, la jerarquización del acto médico por conocimiento, exclusión del servicio de salud, gravedad o traslado del manejo exclusivo al servicio de salud. En algunas mujeres se observó que al hacer su propio análisis durante la entrevista hacen conciencia de la exclusión del personal y de la falta de confirmación o validación de la información que se brinda a las mujeres y/o familia.

“Todo lo que me hicieron en el hospital pues ahí si no le preguntan a uno, bueno además que le van a preguntar. Imagínese si uno pues que va a saber, uno dice que si a todo lo que ellos dicen, lo que ustedes dicen porque son los que estudiaron- (Participante 01)

Al preguntar sobre su consideración frente a decidir o participar en su proceso de atención mencionan pocos momentos donde la autonomía se visualiza, principalmente al entregarse al servicio de salud.

“...Pues yo diría que cuando me fui a hacer la prueba de embarazo, porque eso fui yo misma que dije voy a eso. Esa fue así como la única vez que yo sola decidí algo, porque después fue mi mamá la que me llevó al médico y en el hospital xxx y en el San José, allá los que deciden son los especialistas.” – (Participante 08)

“No, pues es que no podía decidir, es que ellos vinieron y me hablaban y que la firma y que no sé qué. Pero yo no sabía nada – (Participante 01)

Hubo casos en los que la mujer o su familia tuvieron que autorizar procedimientos, y en estos casos se mostró que el consentimiento para su realización no fue una decisión autónoma, sino que respondió a la necesidad por la relación con la gravedad o la percepción de morir.

“No había nada que hacer. Ellos me explicaron todo y me tocó decir que si porque si no me iba a morir por la sangre. ¿Eso de que te ibas a morir lo pensaste tú, o te lo dijeron los médicos? No pues ellos me dijeron un resto de cosas, así como hablan ustedes, pero yo entendí que o me lo sacaba o me moría.” –(Participante 01)

La autonomía, entonces tiene dos momentos en el proceso de las mujeres con MME, un inicio fortalecido en el papel de la mujer tomadora de decisiones al identificar los síntomas, reconocerlos como signos de peligro y buscar ayuda con su red social hasta llegar al primer contacto con el servicio de salud.

La autonomía disminuye, especialmente al incremento de los síntomas, se observa una autoexclusión en el proceso por parte de la mujer y una percepción de exclusión relacionada con la jerarquización del acto médico que concluye en un traslado de la toma de decisiones al personal del servicio de salud.

Desconexión

La desconexión corresponde al momento donde hay una pérdida de la conciencia, generalmente relacionada con el incremento de los síntomas y la complicación severa. Las mujeres sufren una interrupción temporal del proceso desde su vivencia, a pesar de que el manejo del evento se sigue dando. Esta desconexión termina cuando despiertan, principalmente en las Unidades de Cuidados Intensivos, generando en ellas diferentes sentimientos, sensaciones y un estado de gran confusión.

Existe un momento de interrupción en los relatos de las mujeres, se trata de un tiempo en que se pierde la narración propia y donde se evidencian que las explicaciones sobre lo que se realizó son, principalmente, retrospectivas desde el servicio de salud o los acompañantes de las mujeres, generalmente por la severidad de la complicación que hizo que en la mayoría de mujeres estuvieran inconscientes durante una parte del evento.

“Y después sentí otra vez la gritería y la ambulancia pitaba y el doctor me hablaba, pero yo no podía hablar. Y la ambulancia salió ventida. Eso solo saltábamos en las piedras y el doctor hablaba y hablaba, pero yo no le entendía nada, después, me dio como sueño y yo me iba durmiendo y hasta que me dormí y no supe más”. - (Participante 04)

Es una pérdida involuntaria de autonomía; absoluta cuando se pierde la consciencia o parcial cuando la gravedad de los síntomas no permite el interactuar de la mujer. La familia en ese caso cumple un papel de acompañante, expectante en algunos casos suple la información institucional sobre lo que pasó.

“Después yo empecé como a ver luces y más y más mareada y me quería como vomitar, le dije a mi esposo y él me estaba ayudando a parar cuando me desmayé, no me acuerdo nada más. Mi esposo me dijo que me había desmayado y que habían llegado muchos médicos y enfermeras y hasta el director del hospital, y que le dijeron que estaba perdiendo mucha sangre que me iban a llevar al San José, y me montaron en la ambulancia. -(Participante 01)

Este periodo culmina principalmente en el ingreso a UCI, 91% de las mujeres tuvieron este paso como intervención crítica de manejo (criterios MME). Este tema estuvo presente en la mayoría de las mujeres y con base en el muestreo teórico surgió la subcategoría de “Despertar en UCI” que se agrupó en la descripción de la categoría emergente.

Un momento traumático dentro o posterior al manejo del evento, independiente si la estancia en UCI fue antes o después de la complicación, estando consciente o no, las mujeres le incluyeron adjetivos como “horrible” “espantoso” “feísimo”, lo relacionan con incremento de la complicación y un momento de absoluta pérdida del control sobre la situación, hay sentimientos de confusión, agitación y estrés.

“...Uno piensa que se va a morir porque allá como las habitaciones son de cristal, pues, uno puede ver algunos pacientes y todos están como muy enfermos”. -(Participante 010)

“Imagínese que yo tengo memoria hasta cuando salimos de acá y me empecé a poner mal, lo otro me lo contó mi mamá, y después abro los ojos y no sabía nada, no sabía que había pasado, estaba sola y conectada a muchos aparatos, y lo más desesperante fue ese tubo en la boca, en la garganta yo me quería quitar todo eso, y un doctor estaba ahí cerca, él se dio cuenta y me calmó, ya después vinieron un montón de doctores y los enfermeros y me quitaron ya el tubo y descansé. -(Participante 09)

“Todos los pacientes estaban como muertos nadie tenía los ojos abiertos ni nada, yo pensaba que me llevaban allá porque me estaba complicando”. -(Participante 03)

La interrupción de la experiencia desde la narrativa de las mujeres fortalece el papel de las personas que acompañan a las mujeres (familia, personal de salud, otros) pues son ellos, quienes apoyan la reconstrucción de lo sucedido y así permite que la mujer complete su vivencia.

Desenlaces “Que pasa después” –

En las etapas finales del evento ya sea a nivel intrahospitalario en el caso de las mujeres que continuaron hospitalizadas para seguimiento o las que acuden al hospital cuando sus hijos fueron internados en las salas de neonatos, se evidencia incertidumbre frente a lo que pasó y lo que pasará después y nuevamente existe una marcada preocupación por el hijo, el cual se convierte otra vez en el foco de la atención materna.

El nacimiento de un bebé antes del término caracteriza un momento de crisis para la familia, frente al riesgo de muerte para el niño, las madres desencadenaron una serie de sentimientos de ansiedad, preocupación y confusión. A eso se suma el hecho de que la madre no desarrolló el contacto y el amamantamiento precoz, relacionado en los relatos como un paso de vital importancia para ellas.

Después del nacimiento, por necesitar de soporte inmediato, el recién nacido normalmente es encaminado a la unidad neonatal. El alejamiento repentino entre madre e hijo, prolongado durante toda la internación, asociado a las condiciones frágiles del bebé, es responsable por las sensaciones de pérdida y por la necesidad marcada de salir de su situación personal de salud para acudir a su apoyo.

“Yo allá estaba súper aburrida y muy preocupada por la leche del bebé, porque no me dejaban sacarme la leche para dársela por los medicamentos me dijeron, y mi mamá me decía que él bebe no quería comer, eso sí fue lo feo allá. Yo allá haciendo nada y mi bebé necesitándome.” –(Participante 08)

Entre las consecuencias para las mujeres, hubo dos con histerectomía como resultado del evento de MME, que podría tomarse como un desenlace no deseado en los eventos maternos. En uno de los casos la histerectomía hizo parte desde la planeación del embarazo, relacionado con la comorbilidad que tenía la participante, así que fue previamente aceptada, y cuando sucedió no ocasionó impacto en ella. Por el contrario, para mujer donde la histerectomía fue una consecuencia de la MME, se ocasionó un impacto personal por la relación con creencias personales.

*“Muy duro, porque uno cree en esas cosas de que si no puede tener hijos es como estéril, osea medio rara, y si me lo quitaron quien sabe que me iba a pasar, aparte de no tener hijos no sabía que más”.
–(Participante 01)*

Sin embargo, en los dos casos, las entrevistadas se conformaron con la situación, entendieron y aceptaron la histerectomía realizada. Basaron sus discursos en la religión, atribuyendo a Dios la gracia de haber superado el problema de salud, que las consecuencias no fueron mayores y que ellas y sus familias están bien.

“Gracias a Dios pasó, lo importante fue que todos estamos bien”. – (Paciente 07)

Las consecuencias de los eventos de MME son distintas de acuerdo a cada caso, van desde las físicas hasta las psicológicas y su manejo es diferencial en cada mujer. En este caso esta categoría hace parte del cierre de la experiencia desde la mirada de las participantes.

Los otros

En esta categoría se describen las personas que participaron junto a las mujeres en el proceso de la MME. Se evidencian dos aspectos diferenciados claramente por su rol en el proceso: la familia/pareja y el personal de salud.

La familia/la pareja

Como ya se ha mencionado uno de los actores importantes en la búsqueda de ayuda por parte de las mujeres fue la necesidad de apoyo o soporte, este aspecto lo desarrolla la familia, principalmente la madre/abuela y en segundo lugar la pareja, esta última más relevante en los casos donde se encuentra presente o hace parte de una relación con la mujer, principalmente para la toma de decisiones. No se visualizaron papeles relevantes desarrollados por los hijos mayores en los casos donde los tenían.

“Mi esposo, es mi apoyo total, él siempre ha estado a mi lado en todo. Mire, cuando estaba tan mal en la UCI él me decía que me tranquilizara, que él iba a cuidar siempre al bebé, pero que nadie lo iba a cuidar a él. Imagínese, entonces él siempre es mi fuerza, y la decisión de no iniciar el tratamiento la tomamos juntos, yo jamás podría haber decidido sola”.-(Participante 06)

Sin embargo, el papel de la familia/pareja en el evento se concentra en ser apoyo y soporte para la mujer, códigos como *“acompañar” “estar ahí” “ser soporte” “estar pendiente”* hacen parte de esta subcategoría.

“Él también se puso muy como preocupado, pues de verme a mí, pues él no me decía nada, pues todo se centró en mí porque yo me puse muy mal”. – (Participante 03)

“Para mí la persona que siempre me ha apoyado en todo es mi mamá y cuando le conté que estaba en embarazo, aunque le dio muy duro porque la situación económica no está bien, me apoyó y me dijo que íbamos a salir adelante”. - (Participante 10)

La familia entonces, se visualiza como un actor donde su participación se centra en el acompañamiento, en algunos casos reconstruyeron la experiencia ante la situación crítica de salud cuando la paciente estuvo inconsciente, y como reforzadores de la idea de consultar al inicio de síntomas, visualizado en la categoría *“darse cuenta”*.

“Cuando vino mi mama fue que me dijo que me iban a llevar en la ambulancia al San José porque tenía mucha sangre”. – (Participante 05)

“Cuando me desperté estaba en una pieza con una señora y mi esposo estaba ahí, él me dijo que me había desmayado otra vez y los médicos me llevaron a ponerme un medicamento más fuerte y me habían tomado exámenes, yo le pregunte por la niña, y él me dijo que estaba con mi mamá”. –(Participante 01)

El personal de salud

El actor institucional (personal de salud), el segundo actor más relevante en la experiencia relatada por las participantes, principalmente en el manejo del evento, relacionado con diagnóstico y tratamiento.

El personal de salud inicia la ruta de atención, directamente dentro de la institución, remitiendo o realizando inducción a la mujer para acudir a otra institución en el caso de los auxiliares de enfermería de zonas rurales o centros de salud. Los roles del personal de salud se diferencian entre los médicos y especialistas hacia el diagnóstico y especialmente en la toma de decisiones, y el personal de enfermería con acciones de manejo, acompañamiento e información.

Los principales códigos en la categoría del personal de salud se agrupan en acción de manejo/remisión (toma de decisiones) y en información.

En el caso de la información algunas mujeres reconocen que la información fue limitada para ellas o su familia:

“Allá sí que nada de nada. En hospitalización, allá sí la gente le explicaba a uno, pero en la UCI nada. A mi mamá sí le decían todos los días, pero a mí nada, yo creo que pensaban que yo estaba como los otros pacientes que estaban dormidos”. – (Participante 08)

“En el hospital realmente piensan que uno no existe, solo le hacen a uno todo y nadie le pregunta ni le explica... así no debería ser, uno tiene derecho a opinar, y el hecho que uno esté tan mal pues bueno deberían decirle, aunque sea a la familia no” - (Participante 02)

En otras mujeres la percepción de gravedad fue determinada por el personal de salud:

“Ellos decían que estaba muy mal, que estuve muy complicada... esa es la palabra que utilizan ustedes, pero deberían decirlo, “ve casi te moris” porque una cosa es que una se complique y otra que casi se muera.” - (Participante 08)

“...Ellos me dijeron que tenían que sacarle el niño porque si no se podían morir los dos, que tenía que firmar otro papel y que esa era la forma de que él bebe y XX (la mujer) se salvaran. – (Relato de madre de la participante 05, quien estuvo en la entrevista por ser menor de edad)

Sin embargo, en todas las mujeres, se identificaron códigos relacionados con la información brindada por el servicio de salud, fue esta la que permitió, aunque con poca o limitada claridad, entender lo que había sucedido.

“Ellos me dijeron que yo tenía una infección urinaria que me tenía que quedar hospitalizada porque esa infección podría hacerle daño a los bebés, que mi situación era muy delicada porque al ser un embarazo de gemelos era de alto riesgo, entonces, por eso me dejaron hospitalizada-(Participante 010)

Los resultados derivados de las categorías emergentes permitieron analizar las experiencias de las sobrevivientes a un evento de morbilidad materna extrema desde diferentes enfoques, con aportes a los procesos individuales, institucionales y que sirvieron para complementar la construcción del proceso de ¿Qué fue lo que pasó?.

Esta investigación reveló que en las experiencias narradas por las sobrevivientes prevalecieron los elementos relacionados con las acciones previas a la búsqueda de ayuda, principalmente los conceptos de señales de alarma, información en varias vías: mujeres, familia e instituciones que permitió visualizar la necesidad no solo de brindarla sino de garantizar su comprensión y que de esta manera sirva para la toma de decisiones y mejorar los procesos de atención.

8. DISCUSION

La MME se presenta como un evento clínico caracterizado por una complicación en el embarazo, parto o puerperio, en ella las mujeres sufren diferentes complicaciones que requieren diferentes tipos de intervenciones para salvar su vida. Para llegar a la atención del evento, las mujeres vivieron una serie de momentos previos que marcan la diferencia entre la vida y la muerte, y que junto a la atención por el servicio de salud y la participación de otros enmarcan la experiencia de la Morbilidad Materna Extrema en un proceso, no lineal, lleno de elementos que emergen de las vivencias de las mujeres y que permiten comprender lo sucedido y de esta manera aportar en la construcción de una mejora en la salud materna.

La discusión en esta investigación se enmarca en las categorías emergentes, su relación con la morbilidad materna extrema y aquellos elementos como la búsqueda de ayuda que permiten comprender lo sucedido desde las experiencias de las mujeres que lo vivieron.

Se ha planteado que las morbilidades maternas son moldeadas por los entornos sociales y físicos de las personas y, por lo tanto, probablemente son más multifacéticas y tienen una experiencia diferente de lo sugerido por los diagnósticos clínicos (144), por esta razón investigar este fenómeno mediante abordajes no tradicionales permite una aproximación conciliadora entre la importancia clínica, el impacto a nivel de la salud pública y la importancia para la vida de cada una de las mujeres aspecto que ha sido propuesto recientemente como clave (145) pues como se ha descrito mientras la mortalidad materna disminuye en la mayor parte del mundo, la evidencia no muestra disminuciones similares para la morbilidad. (112)

Los análisis de los eventos de MME con el modelo de la ruta de la vida (146), (147) señalan que el primer retraso está en reconocer los signos de peligro, incluyendo la identificación y el reconocimiento en un mismo concepto “la decisión de buscar atención, depende de las capacidades de la mujer y su entorno para reconocer una complicación que amenaza la vida a partir de la identificación de los signos de alarma” (148), aquí emerge el primer concepto del análisis de datos: la separación entre la identificación de signos y síntomas y el reconocimiento de ellos como signos de alarma previo a la búsqueda de ayuda que se denominó “darse cuenta”.

Souza y colaboradores plantean que la MME es frecuentemente de aparición repentina e inesperada, situación que se evidenció en algunas de las participantes (149). En otras ocasiones existe una percepción de que la mujer es susceptible al fenómeno a partir de un embarazo previo como lo describen Carvalheira et al. (150) o enfermedades previas o desarrolladas durante el embarazo que hizo que indagaran más sobre los riesgos potenciales y de esta manera buscaran ayuda más rápidamente (119).

En este estudio la identificación de síntomas hizo parte de códigos como “*darse cuenta*” “*inicio de síntomas aun no asociados al evento*” “*lo primero que sintieron*”, las mujeres manifestaron que hubo una serie de situaciones que no hacían parte del comportamiento

cotidiano de su organismo, ellas lo mencionaron como *“empecé a sentirme mal”* *“me sentía rara”* *“tenía dolor”* *“tenía sangrado”*, más no los relacionaron con una señal, signo de alarma o peligro, en ese sentido aun esos síntomas no eran para ellas, signos o señales de alarma.

Ahora bien, cuando la mujer les da un valor a los signos y síntomas que está presentando y los asocia principalmente a elementos previamente comunicados por los servicios de salud y en algunos casos reforzados por experiencias previas propias o de otros, los reconoce como un factor de alerta y se convierten en señales de alarma o de peligro, tal como lo mencionan Rangel-Flores y Martínez-Ledezma (151) en su estudio cualitativo desde el modelo de las tres demoras. En el estudio mencionado se plantea que es la percepción de las mujeres respecto al riesgo obstétrico lo que convierte los síntomas en una señal de alarma. Este aspecto también es abordado por Latunji y Akinyemi al estudiar los factores que influyen la búsqueda de ayuda, teorizando que las personas buscan ayuda al identificar cualquier desviación de lo que consideran un buen estado de salud (comportamiento de enfermedad) (152).

Sin embargo, es importante resaltar que no siempre el darse cuenta se relacionó con estos signos, en algunos casos las participantes desconocieron la gravedad del evento hasta que se encontraban en el quirófano o la unidad de cuidado intensivo. Esto tiene efectos diferenciales en la participación de la paciente y su familia en la toma de decisiones pues requieren intervenciones urgentes por parte del equipo de salud y en la percepción de cercanía de la muerte.

También es importante resaltar que autores como Lassi y colaboradores plantean que existe una marcada falta de reconocimiento de los signos de peligro y que esa es la principal barrera en la MME y otros eventos obstétricos (124); en el presente estudio se identificó que el reconocimiento de los signos y síntomas de enfermedad como signos de peligro fue uno de los facilitadores en la búsqueda de ayuda, pues se identificó en todos los casos. Sin embargo, en una de las participantes el evento inició en el postparto inmediato, durante la atención institucional, la experiencia previa y la limitada información recibida por los servicios de salud impidieron activar las alarmas personales de esta paciente, ratificando lo planteado por algunos autores como Roost (118), Jonkers (119), Sikder (120) y Kifle (123).

Darse cuenta implicó buscar ayuda en términos del apoyo de su red familiar y social que incluía en la mayoría de casos la madre, el esposo/pareja y miembros de la familia extensa o amigos para acudir a los servicios de salud, sin embargo este acompañamiento no tuvo carácter decisorio o permisivo como se ha evidenciado en otras culturas (123). Kaye y cols. plantean que las mujeres prefieren la participación activa de sus familiares en su experiencia de nacimiento, y desean que los miembros de la familia (cónyuges u otros familiares) se involucren en la toma de decisiones. Sin embargo, esta participación potencialmente conduce a demoras en la búsqueda de atención médica relacionadas con sí, dónde y cuándo buscar atención médica en caso de complicaciones obstétricas (153).

En otros estudios se evidenciaron factores socioculturales, edad, tamaño de la familia, presencia de compañero, junto con recursos financieros limitados, como los principales factores que obstaculizan la búsqueda de ayuda (122), (99). Para el caso particular de esta

investigación solo en el caso de las mujeres indígenas fueron evidentes aspectos relacionados con los asuntos culturales, en el sentido de la espera para la autorización del esposo para acudir al servicio de salud, que actuó como barrera en este paso del proceso.

La categoría “voy a morir” se relaciona con la inminencia de muerte (149) o estar cerca de la muerte (45). Esta percepción se relaciona con la aparición de signos físicos reportados en la literatura como sangrado excesivo (45), dolor, disnea (149) y convulsiones (154). Adicionalmente las mujeres expresaron su preocupación en este momento sobre el futuro de sus hijos lo que implicó en algunos casos dejar instrucciones precisas a su familia sobre el cuidado en caso de que fallecieran situación que también ha sido reportado en diversos estudios (45).

Se ha planteado que cuando un individuo toma una decisión en relación con su salud, sopesa los riesgos o beneficios potenciales de un comportamiento en particular, pero lo hace de una manera que está mediada por su entorno práctico inmediato, su arraigo social y su visión general de la vida en general (95). Las mujeres en este caso no mostraron esa idea de hacer ese balance riesgo/beneficio, pues en momentos de negociación con el médico o en los impulsores para la toma de decisiones el elemento repetitivo y estructural fue el privilegio de la salud del bebé, sin pensar en muchos casos en la salud materna; el impacto de los potenciales resultados negativos para los bebés son un fuerte influenciador para las mujeres mencionado también por Norhayati, et al. (155).

Respecto a la categoría “Entregarse” estudios sobre autonomía de las mujeres para tomar decisiones y especialmente en uso de servicios, mencionan que son los factores socioculturales, como la educación, la edad y los ingresos, son los elementos que afectan la autonomía de las mujeres respecto a la toma de decisiones en asistencia sanitaria y mejores resultados de salud, independientemente del país o cultura en la que viven (156), (157).

Esta categoría fue fuertemente referenciada por las mujeres en la investigación, contiene en su descripción elementos de la pérdida de autonomía donde las mujeres dejan de tomar las decisiones dentro del proceso de atención, más este fenómeno no se relacionó con factores sociodemográficos, sino a conceptos relacionados con la imagen de jerarquización del acto médico, falta de información directa a ella y su familia durante el proceso de atención, poca participación como parte del manejo institucional y especialmente a la severidad del evento.

Maney reportó en su estudio que las mujeres estaban satisfechas de renunciar a su autonomía durante una situación de emergencia pues confiaban plenamente en que los profesionales de la salud estaban actuando en el mejor interés, adicionalmente esta renuncia a la autonomía garantizaba la seguridad de ellas mismas y de sus bebés. Adicionalmente reportaron que las participantes sabían que los profesionales de la salud no siempre estaban en condiciones de informar a las mujeres sobre el curso de los acontecimientos durante situaciones de emergencia (158).

Este momento de “entrega” a los servicios también se caracterizó en algunos casos por la falta de información clara a las mujeres y sus familias en algunos casos al utilizar un lenguaje poco comprensible por parte del personal y en otros con la cantidad de la misma que permitiese la toma de decisiones de manera informada. Las dificultades de comunicación y la escasez de personal se informan repetidamente como factores que conducen a experiencias de nacimiento insatisfactorias de las mujeres y, en el “peor de los casos”, pueden contribuir a las muertes maternas (159).

McSkimming y colaboradores plantean que durante emergencias que ponen en peligro la vida, los proveedores de atención médica tienden a centrarse en las intervenciones médicas para salvar la vida de una persona y pueden proporcionar poca información sobre su toma de decisiones. Sin embargo, el tratamiento médico que contribuye a salvar la vida de las mujeres generó miedo y otras emociones negativas, las cuales pueden ser potenciadas por la mala comunicación con el personal de salud y otros factores ambientales. Por lo tanto, proponen que la atención clínica y la organización de la atención en el momento del evento podrían mitigar o empeorar los efectos negativos de la morbilidad materna grave (160). Al respecto se ha planteado que un continuo de atención efectiva y oportuna desde el entorno médico a la comunidad es crucial para el manejo de los resultados psicológicos de por vida (161).

Mientras se están desarrollando los procesos fisiopatológicos en los eventos de MME y llega a los momentos más graves de la complicación, en la mayoría de casos se llegó a la pérdida total o parcial de la conciencia, las convulsiones, la cirugía de emergencia, el shock que presentaron las mujeres llevaron a que por cierto tiempo el relato cambie, estar inconsciente se presentó como una interrupción en su experiencia, donde las mujeres después, al despertar, a través del servicio de salud, sus familias o pareja reconstruyeron lo que sucedió.

A esta parte del proceso se le llama interrupción biográfica, descrita como un fenómeno presente en enfermedades críticas que interrumpen la existencia, tanto durante la hospitalización en las Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) como en la fase de recuperación a largo plazo, lo que potencialmente lleva a problemas como la “pérdida de uno mismo” y la identidad (162), (163), (164). Estos trastornos biográficos se presentan cuando las personas están inconscientes, durante este período se experimenta una separación del mundo (165) y posteriormente se someten a una fase de descubrimiento confinados muchas veces en los servicios de UCI con restricciones relacionadas con los dispositivos utilizados para mantener su condición vital (166).

Se ha descrito que los pacientes en esta parte del proceso a menudo son arrojados a un estado de confusión y aislamiento donde el mundo no es percibido en su totalidad mientras intentan dar sentido a lo que les sucedió que los llevó a la inconsciencia y durante la misma. Algunas mujeres reconocieron despertar encontrándose en la UCI, emergiendo de un estado de inconsciencia, sin saber cómo llegaron allí, qué les sucedió sin tener idea de cómo y cuándo se conectaron a la tecnología de la UCI tal como ha sido descrito en la literatura (165), (167). Adicionalmente los pacientes ven el estado de inconsciencia como

una interrupción biográfica importante porque les roba tanto el tiempo objetivo como el subjetivo, lo que lleva a la confusión y la incertidumbre sobre el futuro, afectando así su temporalidad (tiempo vivido) (168).

En este periodo las mujeres manifestaron sentimientos de frustración, ansiedad e impotencia al desconocer lo que ocurrió con ellas durante el tiempo en que permanecieron inconscientes, parte de los códigos llamados caos emergieron en el presente estudio. Carvalheira et al, en su estudio para entender la MME desde la perspectiva de las mujeres quienes lo experimentaron, asociaron también que en este momento la mujer se queda en la expectativa, aguardando el resultado del embarazo, de la hospitalización de su hijo, en una espera casi siempre angustiante, fundada en suposiciones, probabilidades, promesas y esperanzas. Experimenta en esa fase, una situación constante de tensión, se siente vulnerable y, a pesar de que tiende a esperar por lo que desea, siente miedo de lo inesperado. (150)

De otra parte, las mujeres relataron que sus recuerdos sobre el momento del manejo agudo del evento eran confusos y mencionaron la dificultad que enfrenta el personal de salud para comunicarse con ellas, situación que también ha sido descrita por Maney (158). Como consecuencia de los periodos de desconexión las participantes sentían que no tenían claro qué había sucedido y necesitaban buscar información adicional en un intento por recuperar el control y tratar de dar sentido a lo que les sucedió. Sin embargo, identificaron que los miembros de la familia a menudo no fueron consultados sobre decisiones sobre la atención médica. La imposibilidad de obtener atención centrada en el paciente fue una fuente importante de insatisfacción para muchas mujeres, porque se sentían sin poder por el sistema de salud (153).

En los breves momentos de conciencia les preocupaba la falta de información y comunicación del personal sobre su situación personal y la de su bebe, pero reconocieron que fueron informadas sobre la salud y el estado general de los recién nacidos y eso hizo que sintieran parte de tranquilidad y ayudó a disminuir los sentimientos de angustia. Al respecto Rangel-Flores y Martínez-Ledezma mencionaron que las mujeres que refirieron haber recibido información suficiente y clara, y no sólo los resultados negativos de las complicaciones, sino también sobre los tratamientos disponibles para garantizar la atención, narraron menos ansiedad y miedo en el momento de tomar la decisión de buscar ayuda profesional (151).

Las mujeres que han presentado Morbilidades Maternas Extremas son dadas de alta de las unidades médicas, con secuelas relevantes tanto agudas y crónicas, con enfermedades o sintomatología posterior que les impide realizar sus actividades laborales, así como el cuidado de los hijos(as) y la formación de hogares y familias; se convirtieron en madres enfermas (169). Adicionalmente, por cada mujer que muere durante el embarazo o el parto, sufren lesiones, infecciones, enfermedades o discapacidades que afectan el desarrollo posterior de los niños (170).

En este caso, las consecuencias posteriores al evento se incluyen asistencia a controles posteriores y algunas estancias adicionales en la institución, pero al contar las consecuencias del evento fueron valoradas por las mujeres como poco relevantes comparadas con lo que vivieron.

En el caso de la histerectomía que podría ser una de las principales consecuencias de los eventos de MME del estudio que se supondría tendría efectos importantes, las mujeres que la presentaron comentaron diferentes percepciones frente a lo ocurrido, en una de ellas, este resultado hacia parte de un hecho discutido previo al evento, sin embargo hubo sentimientos de tristeza mencionados también por Souza y otros autores en los que se plantea que tener que aceptar un cambio físico dio lugar a sentimientos de tristeza y dolor entre estas mujeres (149), (45).

En la paciente donde la histerectomía no fue un desenlace esperado, hubo una relación con problemas posteriores y sentimientos de resignación, más en ninguna hubo resultados adicionales físicos o psicológicos adversos, tal y como lo mencionaron en el estudio de Khastgir y otros (171).

Fortalezas

Los resultados de los estudios cualitativos son específicos del contexto y, por lo tanto, no pueden generalizarse; sin embargo, este abordaje posibilita una exploración en profundidad de las personas para arrojar luz sobre un fenómeno dado (158). Dado el propósito del estudio se consideró que esta metodología era la más adecuada y complementa el abordaje tradicional que se ha dado a los eventos de MME.

Si bien las narraciones de las mujeres contenían similitudes en aspectos relacionados con emociones y experiencias, también se presentaron diferencias en sus vivencias que pueden estar influenciados por el estado de salud durante el embarazo, el tipo de atención proporcionado por los servicios de salud, el momento donde se presentó el evento, las características propias de las participantes y sus redes de soporte familiar y social, esta variabilidad se convierte en una fortaleza del estudio pues permite contrastar la información para mostrar de manera más adecuada el fenómeno.

El utilizar la técnica de entrevista a las participantes ha sido cuestionado debido a que en ocasiones puede ser diferente la información aportada de lo que realmente hacen y cómo se sienten, y que hacer cierto tipo de preguntas, particularmente las directas conduce a respuestas directas y, por lo tanto, limitadas, de modo que la profundidad y los matices de la experiencia no se expresan ni se capturan de manera adecuada (172). En este caso se realizaron entrevistas abiertas, en espacios definidos y concertados con las participantes, en más de una ocasión para complementar o ampliar la información aportada y realizadas por la investigadora principal (144).

Limitaciones

Una de las propuestas para validar los datos es identificar las reacciones de la población estudiada, para ello se quiso socializar los resultados a las participantes del estudio

mediante la creación de espacios para captar opiniones y discutir los hallazgos. Sin embargo por temas de tiempo no fue posible realizar este proceso.

Adicionalmente el excluir mujeres cuyo fruto de la gestación hubiera fallecido dificulta contratar los hallazgos y establecer elementos adicionales.

Consideraciones metodológicas

El proceso de análisis de datos realizado de forma individual permitió visualizar las categorías emergentes de la forma más ligada a la narrativa principal y así fortalecer los elementos del análisis al efectuar la triangulación y el consenso final.

No hubo un cuestionario con preguntas estructuradas sino una guía de entrevista donde se plantearon los temas a abordar los cuales se fueron complementando con los relatos de las participantes y posterior a su análisis se incluían nuevos temas, lo que facilitó el desarrollo de relatos más amplios y más profundos a medida que la investigación fluía.

Teniendo en cuenta que se identificó como parte de los aspectos principales la completa entrega de las maternas a las decisiones de las instituciones, se abre la puerta a nuevas preguntas relacionadas con cuales son los impulsores o barreras que considera el personal de salud en ese momento de pérdida de autonomía de las mujeres.

Posterior a la identificación y reconocimiento de los síntomas, las mujeres acuden a los servicios de salud, en este momento del proceso, esta acción involucró, al parecer un conocimiento indirecto del manejo de la Red de Servicios de Salud (RSS), se encuentran disparidades y conceptos no tan claros sobre cómo y por qué ellas eligen el primer contacto institucional, así que se generan nuevas preguntas para otro tipo de investigación sobre por qué las personas acuden a determinado nivel de atención? saben que no pueden ir directamente a la alta complejidad? ¿consultan al lugar más cercano o donde hay oferta exclusiva por un prestador? ¿o consultan de acuerdo a la severidad percibida, o por conocimiento indirecto del manejo de la red? Se podría que el conocimiento comunitario sobre el manejo de la red podría ser un elemento que facilite/dificulte el acceso?

A lo largo del proceso de la entrevista, algunas participantes describieron la participación de los miembros de su familia, particularmente las madres y esposos o compañeros. Sin embargo, las descripciones son efectuadas a partir de la mirada de las mujeres. Es importante tener en consideración que este aspecto puede ser abordado mediante otros estudios para comprender como se vive por parte de la red de soporte de las mujeres esta etapa difícil de vida.

Conclusión

El explorar los contextos sociales, normativos y culturales muchas veces descuidados desde la mirada propia del individuo en los que se negocian o construyen fenómenos a nivel individual, fortalece el concepto de que la comprensión adecuada de los elementos que rodean la morbilidad materna extrema como la búsqueda de ayuda y así comprender el papel de esta con su potencial de reducir el retraso en el diagnóstico, mejorar el cumplimiento del tratamiento y mejorar las estrategias de promoción de la salud en una variedad de contextos (49).

Por lo tanto, ahora hay un creciente reconocimiento de la necesidad de ser más sensibles a las realidades de los diferentes eventos en salud pública, y cada vez más, los investigadores están llegando a la conclusión de que, en relación con algunos problemas de salud en los países en desarrollo, como las prácticas tradicionales y no calificadas, los participantes deben ser reconocidos como un recurso importante, siendo la MME un evento que cuenta con la posibilidad de tener la mirada del individuo quien la vivió a diferencia de otros eventos obstétricos como la Mortalidad Materna.

Los elementos que constituyen la explicación de cómo y por qué las personas usan o no los servicios de salud involucra diferentes aspectos de orden personal, comunitario, político, económico, y comprenderlos, marca la diferencia entre los criterios por los cuales las personas toman las decisiones en salud dentro de un conjunto de concepciones, actitudes y conocimientos que llevan a adoptar un comportamiento específico frente a una situación en salud (73) (74), en el caso de la MME, el elemento clave que hace la diferencia entre la vida y la muerte.

Por otra parte, la relación entre los aspectos que llevan a la toma de decisiones es compleja, por ello es necesario conocer su dinámica propia, y así poder llegar a determinar como podría influir en la prestación de los servicios de salud.

Si bien la promoción de la salud está cambiando, estudiar a profundidad este tipo de fenómenos brindan elementos para que el sistema de salud entienda que la lente debe ampliarse a otros determinantes de la salud, incluidas las directivas de políticas para mejorar la salud de la población, reducir la desigualdad y mejorar la justicia social.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: the WHO near-miss approach for maternal health. Geneva: WHO Press; 2011.
2. Purandare C. Maternal Near Miss Review: A Way Forward. J Obstet Gynecol India. 2013; 63: p. 213–215.
3. Tunçalp O, Hindin M, Adu-Bonsaffoh K, Adanu R. Listening to women's voices: the quality of care of women experiencing severe maternal morbidity, in Accra, Ghana. PLoS One. 2012; 7(8): p. e44536.
4. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014 Jun; 2(6): p. e 323-33.
5. Say L, Souza J, Pattinson R, Morbid WWGoMMa. Maternal near miss--towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2009; 23(3): p. 287-96.
6. Nelissen E, Mduma E, Ersdal H, Evjen-Olsen B, van Roosmalen J, Stekelenburg J. Maternal near miss and mortality in a rural referral hospital in northern Tanzania: a cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013; 13: p. 141.
7. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A, Fat D, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016 Jan 30; 387(10017): p. 462-74.
8. Geller S, Koch A, Garland C, MacDonald E, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. Reprod Health. 2018 Jun 22; 15(Suppl 1): p. 98.
9. United Nations. The Millennium Development Goals Report. New York: United Nations; 2015.
10. Tunçalp O, Hindin M, Souza D, Say L. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. BJOG. 2012 May; 119(6): p. 653–61.
11. SL, RR. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. Bulletin of the World Health Organization. 2007 Oct; 85(10): p. 812-9.

12. Waterstone M, Bewley S, Wolfe S. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ*. 2001 May 5; 322(7294): p. 1089-93.
13. Al-Azawi F, Kelly M. An investigation of maternal morbidity with the identification of lifethreatening "near miss" episodes. *Health Trends*. 1991; 23(1): p. 13-5.
14. Adeoye I, Onayade A, Fatusi A. Incidence, determinants and perinatal outcomes of near miss maternal morbidity in Ile-Ife Nigeria: a prospective case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013 Apr 15;; p. 13:93.
15. Castañeda Barberan D, Martín Díaz G, Estévez Reinó A, Álvarez Toste M, Álvarez S. Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave en la provincia de Camagüey, 2009. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2013; 51(1): p. 4-15.
16. Oliveira de JR F, Costa M, Cecatti J, Silva J, Surita F. Maternal morbidity and near miss associated with maternal age: the innovative approach of the 2006 Brazilian demographic health survey. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013; 68(7): p. 922-927.
17. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller A, Narwal R, et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012 Jun 9; 379(9832): p. 2162-72.
18. Pichilingue J, Garcia-Meza M, Acho-Mego C, Diaz-Herrera J. Morbilidad materna extrema: admisiones ginecoobstétricas en las unidades de cuidados intensivos de un hospital general. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 2011; 57(2): p. 87-92.
19. Say L, Pattinson R, Gümezoglu A. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive Health*. 2004 Aug 17; 1(1): p. 3.
20. Souza J, Cecatti J, Parpinelli M, de Sousa M, Serruya S. A Systematic review of near miss maternal morbidity. *Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2006 Feb 22; 2: p. 255-264.
21. Diaz de Souza J, Duarte G, Basile-Filho A. Near-miss maternal mortality in developing countries. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002 Aug 5; 104(1): p. 80.
22. Álvarez Toste M, Hinojosa Álvarez M, Álvarez S, López Barroso R, González Rodríguez G, Carbonell I, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2011; 49(3): p. 420-433.

23. Instituto Nacional de Salud. Resultados preliminares de la prueba piloto para la vigilancia rutinaria de los defectos congénitos: evaluación de calidad de la base de datos del subsistema de información del Sivigila. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional. 2014; 19(16): p. 233-244.
24. Álvarez M, Salvador S,. Características epidemiológicas de la morbilidad materna extremadamente grave en tres provincias de Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2009; 50(3): p. 286-299.
25. Morse M, Fonseca S, Gottgtroy C, Waldmann C, Gueller E. Severe Maternal Morbidity and Near Misses in a Regional Reference Hospital. Rev.Bras Epidemiol. 2011; 14(2): p. 310-22.
26. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna y la Morbilidad Materna Grave. 51.º Consejo Directivo 63.ª Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C., USA: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.; 2011.
27. Arulkumaran S, Johnson T. Improving Women's Health. International Journal of Gynecology and ObstetricS. 2012; 119(S1-S2).
28. Conde- Agudelo A, Belizan J, Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. Am J Obstet Gynecol. 2005; 192(2): p. 342-9.
29. Ministerio de la Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. Vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema (MME).. Documento Técnico. Bogotá: Ministerio de la Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA.; 2010.
30. Bello-Álvarez L, Vásquez-Dielafeaut D, Rojas-Suarez J, Sará-Fortich P, Cogollo-González M, Jaramillo J, et al. Indicadores de morbilidad materna extrema en una clínica universitaria de tercer nivel de complejidad. Evaluación retrospectiva. Rev.cienc.biomed. 2012; 3(2): p. 291-299.
31. Peña Erazo I, Burbano Adrada E, Florez J. Frecuencia de morbilidad materna extrema: condiciones y factores que intervienen en su presentación.Hospital Universitario San José de Popayán. Rev. Fac. Ciencias Salud. 2008; 10(4): p. 9-15.
32. Zuleta J. La morbilidad materna extrema: una oportunidad para aprender de experiencias exitosas en el manejo de la complicación obstétrica. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2007; 58(3): p. 180-181.

33. Morales-Osorno B, Martinez D, Cifuentes- Borrero R. Morbilidad materna extrema en la Clínica Rafael Uribe en Cali, Colombia. Rev Col Obstet Ginecol. 2007; 58(3): p. 184-188.
34. Unidas, Fondo de Poblacion de las Naciones; Social, Ministerio de Salud y Proteccion. Modelo de vigilancia de la Morbilidad Materna Extrema. Documento técnico. Bogotá: Fondo de poblacion de las Naciones Unidas; Ministerio de Salud y Proteccion Social; 2010.
35. Fondo de poblacion de las Naciones Unidas; Ministerio de Salud y Proteccion Social. Modelo de vigilancia de la morbilidad materna extrema. Evaluación de la implementación. Documento Tecnico. Bogota: Fondo de poblacion de las Naciones Unidas; Ministerio de Salud y Proteccion Social; 2014.
36. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Publica Morbilidad Materna Extrema. Bogota: Instituto Nacional de Salud; 2014.
37. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. 2012 – 2021. Bogota: Ministerio de Salud y Protección Social.; 2012.
38. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud; Dirección de Epidemiología y Demografía y Análisis del Riesgo. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional (IQEN). Bogota.; 2018 Septiembre.
39. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud; Dirección de Epidemiología y Demografía y Análisis del riesgo en Salud Publica. Informe evento Morbilidad Materna Extrema. Colombia. Primer Semestre. Bogota.; 2019.
40. Gobernación del Cauca. Secretaría de Salud Departamental del Cauca. Mortalidad por causa en municipios del Cauca 2018. Indicadores mortalidad por municipios. Popayán: Gobernación del Cauca. Secretaría de Salud Departamental del Cauca.; 2018.
41. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud. Bogota: Ministerio de Salud y Protección Social; 2017.
42. Gobernación del Cauca, Secretaría de Salud del Cauca. Indicadores Plan Decenal de Salud Pública. Comportamiento de la mortalidad Materna tasa por 100.000 NV Cauca Años 2008 – 2017. Popayán: Gobernación del Cauca, Secretaría de Salud del Cauca.; 2018.

43. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de salud; Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Informe de evento de morbilidad materna extrema. Colombia. Periodo 13.2018. Bogotá.; 2018.
44. Gobernación del Cauca. Secretaría de Salud Departamental. Base de datos Morbilidad Materna Extrema. 2018..
45. Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. Plataforma Estratégica 2016-2020. Popayán: Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E; 2016.
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria.; 2019.
47. Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. Base de datos Morbilidad Materna Extrema. Popayán: Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E; 2019.
48. Elmir R, Schmied V, Jackson D, Wilkes L. Between life and death: Women's experiences of coming close to death, and surviving a severe postpartum haemorrhage and emergency hysterectomy. *Midwifery*. 2012; 28(2): p. 228-35.
49. Tunçalp Ö, Hindin M, Adu-Bonsaffoh K, Adanu R. Assessment of maternal near-miss and quality of care in a hospital-based study in Accra, Ghana. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013; 123(1): p. 58-63.
50. Clark S, Meyers J, Frye D, McManus K, Perlin J. A systematic approach to the identification and classification of near-miss events on labor and delivery in a large, national health care system. *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 207(6): p. 441-5.
51. Lobato G, Nakamura-Pereira M, Mendes-Silva W, Dias M, Reichenheim M. Comparing different diagnostic approaches to severe maternal morbidity and near-miss: a pilot study in a Brazilian tertiary hospital. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012; 167(1): p. 24-8.
52. Brown H, Small M, Taylor Y, Chireau M, Howard D. Near Miss Maternal Mortality in a Multiethnic Population. *Ann Epidemiol*. 2011; 21(2): p. 73-3.
53. Pattinson R, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *British Medical Bull*. 2003; 67: p. 231-43.

- Reichenheim M, Zylbersztajn F, Moraes C, Lobato G. Severe acute obstetric morbidity (near-miss): a review of the relative use of its diagnostic indicators. *Arch Gynecol Obstet*. 2009; 280(3): p. 337-43.
54. Haddad S, Cecatti J, Parpinelli M, Souza J, Costa M, Sousa M, et al. From planning to practice: building the national network for the surveillance of severe maternal morbidity. *BMC PublicHealth*. 2011; 11(283).
55. Belizán J, Belizán M, Mazzoni A, Cafferata M, Wale J, Jeffrey C, et al. Maternal and child health research focusing on interventions that involve consumer participation. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010; 108(2): p. 154-5.
56. Burchett H, SH M. Maternal mortality in low-income countries: What interventions have been evaluated and how should the evidence base be developed further?. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009; 105(1): p. 78-81.
57. Adam T, Lim S, Mehta S, Bhutta Z, Fogstad H, Mathai M, et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries. *BMJ*. 2005; 331(7525): p. 1107.
58. Ronsmans C, Graham W. Maternal mortality: who, when, where, and why. *Lancet*. 2006; 368(9542): p. 1189-200.
59. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia y Control de Mortalidad Materna. Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2013.
60. Nuñez R. Ministerio de Salud Mexico. [Online].; 2009 [cited 2018 Feb 18. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7705.pdf>.
61. Rodríguez L, Ruiz- Rodríguez M, Jaime-García M. Beneficios de combinar métodos para analizar causas de muertes maternas. *Rev Panam Salud Pública*. 2011; 29(4): p. 213-9.
62. Birmeta K, Dibaba Y, Woldeyohannes D. Determinants of maternal health care utilization in Holeta town, central Ethiopia. *BMC Health Services Research*. 2013; 13(256).
63. Acelas-Granados D, Orostegui A, Alarcón-Nivia M. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2016; 81(3): p. 181-88.
64. Cecatti J, Souza J, Parpinelli M, de Souza M, Amaral E. Research on Severe Maternal Morbidities and Near-Misses in Brazil: What we have learned. *Reproductive Health Matters*. 2007; 15(30): p. 125-33.
- 65.

66. Shen F, Liu M, Zhang X, Yang W, Cheng Y. Factors associated with maternal near-miss morbidity and mortality in Kowloon Hospital, Suzhou, China. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013; 123(1): p. 64-7.
67. Gray K, Wallace E, Nelson K, Reed S, Schiff M. Population-Based Study of Risk Factors for Severe Maternal Morbidity. *Paediatric and Perinatal Epidemiology.* 2012; 26(6): p. 506-14.
68. Ahmed S, Adams A, Chowdhury M, Bhuiya A. Changing health-seeking behaviour in Matlab, Bangladesh: do development interventions matter? *Health Policy Plan.* 2003; 18(3): p. 306-15.
69. Instituto Nacional de Salud Colombia. Lineamientos generales de vigilancia en salud pública 2013. Bogota: Instituto Nacional de Salud Colombia., Subdirección de vigilancia y control en salud pública.; 2013.
70. Babalola S, Fatusi A. Determinants of use of maternal health services in Nigeria – looking beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2009; 9: p. 43.
71. Chakraborty N, Islam N, Chowdhury R, Bari W, Akhter H. Determinants of the use of maternal health services in rural Bangladesh. *Health Promot International.* 2013; 18(4): p. 327-37.
72. Kosum Z, Yurdakul M. Factors affecting the use of emergency obstetric care among pregnant women with antenatal bleeding. *Midwifery.* 2013; 29(5): p. 440-6.
73. Edmonds J, Hruschka D, Bernard H, Sibley L. Women's social networks and birth attendant decisions: Application of the Network-Episode Model. *Soc Sci Med.* 2014; 74(3): p. 452-459.
74. Pfeiffer C, Mwaipopo R. Delivering at home or in a health facility? health-seeking behaviour of women and the role of traditional birth attendants in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2013; 13(55).
75. El-Kak F, Khawaja M, Salem M, Zurayk H. Care-seeking behavior of women with reproductive health problems from low-income areas of Beirut. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009; 104(1): p. 60-3.
76. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia y Control de Mortalidad Perinatal y Neonatal Tardía. Colombia: Instituto Nacional de Salud; 2013.
77. C.E.R , Hernández C, Aguilar N. Morbilidad materna extrema aguda por preeclampsia severa. *Revista de los Postgrados de Medicina UNAH.* 2013; 13(3).
78. Ali A, Khojali A, Okud A, Adam G, Adam I. Maternal near-miss in a rural hospital in Sudan. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2011; 29(11): p. 48.
79. Gil González I, Díaz Sanchez Y, RL,J. Morbilidad materna extremadamente grave y calidad de los cuidados maternos en Villa Clara. *Medicentro Electrónica.* 2014; 18(2): p. 47-56.

80. González Ortiz L, Gómez Arias R, Vélez Álvarez G, Agudelo Londoño S, Wylie J, GDJ. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2014; 35(1): p. 15–22.
81. República de Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia y Control de la morbilidad materna extrema.. Bogota: República de Colombia. Instituto Nacional de Salud.; 2012.
82. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS Colombia. Indicadores básicos. Departamento del Cauca. Bogota: Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS Colombia; 2010.
83. Hinton L, Locock L, Knight M. Experiences of the quality of care of women with near-miss maternal morbidities in the UK. *BJOG*. 2014; 121(Suppl. 4): p. 20-23.
84. Hinton L, Locock L, Knight M. Maternal critical care: what can we learn from patient experience? A qualitative study. *BMJ Open*. 2015; 5(e006676).
85. Roost M, Jonsson C, Liljestrand J, Essén B. Social differentiation and embodied dispositions: a qualitative study of maternal care-seeking behaviour for near-miss morbidity in Bolivia. *Reproductive Health*. 2009; 6(13).
86. Jonkers M, Richters A, Zwart J, Öry F, van Roosmalen J. Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives. *Reprod Health Matters*. 2011 May; 19(37): p. 144-53.
87. Sikder S, Labrique A, Ullah B, Ali H H, Rashid M. Accounts of severe acute obstetric complications in rural Bangladesh. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011 Oct;; p. 76.
88. Lassi Z, Middleton P, Bhutta Z, Crowther C. Health care seeking for maternal and newborn illnesses in low- and middle-income countries: a systematic review of observational and qualitative studies. *F1000Res*. 2019;; p. 200.
89. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa: Universidad de Antioquia; 2012.
90. Charmaz K. Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis Thousand Oaks: SAGE; 2006.
91. Charmaz K, Henwood K. Grounded Theory Methods for Qualitative Psychology. In *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: SAGE; 2007.
92. Bryant A. Grounded theory and grounded theorizing: Pragmatism in research practice Oxford: Oxford University Press. ; 2017.
93. Vargas Z. La investigación aplicada: una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Revista Educación* 33. 2009; 33(1): p. 155-65.

94. Bowling A, Ebrahim S, editors. Handbook of health research methods: investigation, measurement and analysis. England: Open University Press; 2005.
95. Corbin J, Strauss A. Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory (3rd ed.). , CA: Sage Thousand Oaks: SAGE; 2008.
96. Auerbach C, Silverstein I. Qualitative data : an introduction to coding and analysis New York: New York University Press; 2003.
97. World Health Organization. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications. The WHO near-miss approach for maternal health. Switzerland; 2011.
98. Glasser B, Strauss A. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research: Aldine; 1967.
99. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): p. 613-619.
- 100 Organización Panamericana de la Salud. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- 101 Guest G, Bunce A, Johnson L. How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*. 2006; 18(1): p. 59–82.
- 102 Mayan M. Una introducción a los métodos cualitativos: Modulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales.; 2001.
- 103 Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados.; 1992.
- 104 Microsoft Corporation. Word. 1983-1997..
- 105 VERBI GmbH. MAXQDA. 2018..
- 106 Cassiani S, Almeida A. Teoría fundamentada nos dados: a coleta e análise de dados qualitativos / Groundedtheorymethodology: the data collection and qualitative data. *Cogitare enferm*. 1999; 4(2): p. 13-21.
- 107 Creswell J. Qualitative inquiry and research design choosing among five traditions.; 1998.
- 108 Martínez M. La investigación cualitativa etnográfica en educación.; 1991.
- 109 Republica de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430. 1993..

- 110 Lange I, Gherissi A, Chou D, Say L, Filippi V. What maternal morbidities are and what they mean for women: A thematic analysis of twenty years of qualitative research in low and lower-middle income countries. *PLoS ONE*. 2019; 14(4): p. e0214199.
- 111 Say L, Chou D, WHO Maternal Morbidity Working Group (MMWG).. Maternal morbidity: Time for reflection, recognition, and action. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018 May; 141 (Suppl 1): p. 1-3.
- 112 Graham W, Woodd S, Byass P, Filippi V, Gon G, Virgo S, et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet*. 2016 Oct; 29(388): p. 2164-2175.
- 113 Nuñez-Urquiza R. Utilización del método de detección de eslabones críticos de los sistemas de atención de la salud para evitar muertes maternas. 2009..
- 114 Núñez R, Arroyo L, Martínez J, Javier L. Guía para la detección de eslabones críticos en los procesos de atención para prevenir muertes maternas. 2005..
- 115 Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994; 38: p. 1091-110.
- 116 Souza J, Cecatti J, Parpinelli M, Krupa F, Osis M. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth*. 2009; 36: p. 149–158.
- 117 Carvalheira APP, Tonete VLP, Parada C. Feelings and perceptions of women in the pregnancy-puerperal cycle who survived severe maternal morbidity. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2010; 18: p. 1187–1194.
- 118 Rangel-Flores Y, Martínez-Ledezma A. La investigación en morbilidad materna extrema “near miss” en America Latina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017; 34(3): p. 505-11.
- 119 Latunji O, Akinyemi O. Factors influencing health-seeking behaviour among civil servants in Ibadan, Nigeria. *Ann Ib Postgrad Med*. 2018; 16(1): p. 52-60.
- 120 Kifle D, Azale T, Gelaw Y, Melsew Y. Maternal health care service seeking behaviors and associated factors among women in rural Haramaya District, Eastern Ethiopia: a triangulated community-based cross-sectional study. *Reprod Health*. 2017 Jan; 14(1): p. 6.
- 121 Kaye D, Kakaire O, Nakimuli A, Mbalinda S, Osinde M, Kakande N. Survivors' understanding of vulnerability and resilience to maternal near-miss obstetric events in Uganda. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014 Dec; 127(3): p. 265-8.
- 122 Akeju D, Oladapo O, Vidler M, Akinmade A, Sawchuck D, Qureshi R, et al. Determinants of health care seeking behaviour during pregnancy in Ogun State, Nigeria. *Reprod Health*. 2016 Jun Jun ; 13(Suppl 1): p. 32.

- 123 McCain G, Deatrick J. The experience of high-risk pregnancy. *JOGNN – Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 1994; 23: p. 421–427.
- 124 Lash S. Risk Culture. In Adam B, Beck U, Van Loon J. *The risk society and beyond: critical issues for social theory*. London: SAGE; 200. p. 47-62.
- 125 Norhayati M, Surianti S, Nik Hazlina N. Metasynthesis: Experiences of Women with Severe Maternal Morbidity and Their Perception of the Quality of Health Care.. *PLoS ONE*. 2015; 10(7): p. e0130452.
- 126 Osamor P, Grady C. Women's autonomy in health care decision- making in developing countries: a synthesis of the literature review. *International Journal of Women's Health*. 2016. 2016; 8: p. 191-202.
- 127 Tiruneh F, Chuang K, Chuang Y. Women's autonomy and maternal healthcare service utilization in Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2017; 17(1): p. 718.
- 128 Maney S, Lutomiski J, O'Connor L, Donoghue K, Greene R. Women's experience of maternal morbidity: a qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016; 16: p. 184.
- 129 Smith A, Dixon A. The Safety of Maternity Services in England. [Online].; 2007. Available from: www.kingsfund.org.uk/current_projects/maternity_services_inquiry/index.htm.
- 130 McSkimming S, Hodges M, Super A, Driever M, Schoessler M, Franey S, et al. The experience of life- threatening illness: patients' and their loved ones' perspectives. *Journal of Palliative Medicine*. 1999; 2(2): p. 173–184.
- 131 Furuta M, Sandall J, Bick D. Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity--a synthesis of qualitative studies using a meta-ethnographic approach. *Midwifery*. 2014; 30(2): p. 158-69.
- 132 Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Social Health Illness*. 1983; 5: p. 168–195.
- 133 Bury M. The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Social Health Illness*. 1991; 13: p. 451-468.
- 134 Bury M. Illness narratives: fact or fiction? *Social Health Illness*. 2001; 23: p. 263–285.
- 135 Tembo A. Being in limbo: the experience of critical illness in intensive care and beyond. 2012..
- 136 Tembo A. Critical illness as a biographical disruption. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2017; 26(4): p. 253–259.
- 137 Leder D. *The absent body* Chicago: University of Chicago Press; 1990.

- 138 Parker V. Confronting life and death: living through critical illness and intensive care hospitalization. 1997.
- 139 Rincón M, García R, García M, Muñoz G. Causas, frecuencia y secuelas de la morbilidad materna extrema en mujeres mexicanas: un análisis de los códigos rojos en el IMSS de Hidalgo. CONAMED. 2016; 21(4): p. 171-78.
- 140 Alvarez Toste M, Hinojosa Alvarez M, Alvarez S, Lopez Barroso R, Gonzalez Rodriguez G, Carbonell I, et al. Morbilidad materna extremadamente grave, un problema actual. Revista Cubana de Higiene y Epidemiologia. 2011; 49(3): p. 420-433.
- 141 Khastgir G, Studd JW, Catalan J. The psychological outcome of hysterectomy. Gynecological Endocrinology. 2000; 14(2): p. 132-141.
- 142 Bernard H. Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches Lan- ham: Altamira Press.; 2011.
- 143 Rahman SA. Utilisation of primary health care services in rural Bangladesh : the population and provider perspectives.. 2001..
- 144 Álvarez L. Las decisiones de los habitantes de Medellín en materia de servicios de salud. Invest Educ Enferm. 2008; 26(1): p. 98-105.
- 145 Mackian S, Bedri N, Lovel H. Up the garden path and over the edge: where might health-seeking behaviour take us? Health Policy Plan. 2004; 19(3): p. 137-46.
- 146 Olenja J. Health Seeking Behaviour in context. East African Medical Journal. 2003 Feb; 80(2): p. 61-62.
- 147 Raman S. Research on line website. [Online].; 2001 [cited 2019 Jun 20. Available from: https://www.researchgate.net/publication/291413733_Utilisation_of_primary_health_care_services_in_rural_Bangladesh_the_population_and_provider_perspectives.
- 148 Ward H, Mertens T, Thomas C. Health seeking behaviour and the control of sexually transmitted disease. Health Policy Plan. 1997 Mar 12; 12(1): p. 19-28.
- 149 Ihaji E, Gerald E, Ogwuche. Educational level, sex and church affiliation on health seeking behaviour among parishioners in Makurdi metropolis of Benue state. Journal of Educational Policy and Entrepreneurial Research. 2014; 1(2): p. 311-316.
- 150 Suchman E. Stages of illness and medical care. J Health Hum Behav. 1965; 6(3): p. 114-28.

- 151 Fabrega H. Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective
Cambridge: The MIT Press; 1980.
- 152 Dingwall R. Aspects of illness London: Ashgate Publishing; 2001.
- 153 Igun U. Stages in health-seeking: a descriptive model. Soc Sci Med. 1979 Jun;
13A(4): p. 445-56.
- 154 Young J. Non-use of physicians: methodological approaches, policy implications,
and the utility of decision models. Soc Sci Med B. 1981 Oct; 15(4): p. 499-507.
- 155 Rogers A, Elliot H. Primary Care: Understanding Health Need and Demand
Abingdon: Radcliffe Medical Press; 1997.
- 156 Andersen R. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it
matter? J Health Soc Behav. 1995; 36(1): p. 1-10.
- 157 Shawa C, Brittain K, Tansey R, Williams K. How people decide to seek health care:
A qualitative study. Int J Nurs Stud. 2008; 45(10): p. 1516-24.
- 158 Shaikh B, Hatcher J. Health seeking behaviour and health service utilization in
Pakistan: challenging the policy makers. J Public Health (Oxf). 2005; 27(1): p. 49-54.
- 159 Carrillo A. Mortalidad materna en Colombia: reflexiones en torno a la situación y la
política pública durante la última década. Rev. Cienc. Salud. 2007; 5(2).
- 160 Majaj L, Nassar M, De Allegri M. "It's not easy to acknowledge that I'm ill": a
qualitative investigation into the health seeking behavior of rural Palestinian women.
BMC Women's Health. 2013; 13(26).
- 161 Ahmed S, Adams A, Chowdhury M, Bhuiya A. Gender, socioeconomic development
and health-seeking behaviour in Bangladesh. Soc Sci Med. 2001 Aug; 51(3): p. 361-
71.
- 162 Ahmed S, Chowdhury M, Bhuiy A. Micro-Credit and Emotional Well-Being:
Experience of Poor Rural Women from Matlab, Bangladesh. World Development.
2001; 29(11): p. 1957-66.
- 163 Yamasaki-Nakagawa M, Ozasa K, Yamada N, Osuga K, Shimouchi A, Ishikawa N,
et al. Gender difference in delays to diagnosis and health care seeking behaviour in
a rural area of Nepal. Int J Tuberc Lung Dis. 2001 Jan; 5(1): p. 24-31.
- 164 Ward H, Mertens T, Thomas. Health seeking behaviour and the control of sexually
transmitted disease. Health Policy Plan. 1977 Mar; 12(1): p. 19-28.

- 165 Hochbaum G. Public participation in medical screening programs; a socio-psychological study. Washington: Public Health Service; 1958.
- 166 Becker M, Maiman L, Kirscht J, Haefner D, Drachman R. The Health Belief Model and prediction of dietary compliance: a field experiment. *J Health Soc Behav.* 1977 Dec; 18(4): p. 348-66.
- 167 Abraham C, Sheeran P. The health belief model. In Conner M, Norman P, editors. *Predicting and Changing Health Behavior.* Buckingham: Ppen University Press McGraw-Hill Education; 2015. p. 23-61.
- 168 Oberoi S, Chaudhary N, Patnaik S, Singh A. Understanding health seeking behaviour. *J Family Med Prim Care.* 2016 Apr-Jun; p. 463-64.
- 169 Wallston K. Hocus-pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research.* 1992 Apr; 16(2): p. 183-99.
- 170 MacPhail C, Campbell C. 'I think condoms are good but, aai, I hate those things': condom use among adolescents and young people in a Southern African township. *Soc Sci Med.* 2001 Jun; 52(11): p. 1613-27.
- 171 Conner M, Norman P, Webb T. Predicting health behaviours: research and practice social cognition models. In *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models.* Buckingham: Open University Press; 1996. p. 95-120.
- 172 Arrendondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socio-económico. *Salud Ment.* 2010; 33(5): p. 397-408.
- 173 Singer M, Davison L, Gerdes G. Culture, Critical Theory, and Reproductive Illness Behavior in Haiti. *Medical Anthropology Quarterly.* 1988; p. 370-385.
- 174 Brown L, Ashman D. Participation, social capital, and intersectoral problem solving: African and Asian cases. *World Development.* 1996; 24(9): p. 1467-79.
- 175 Good B, Good M. The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice. In Eisenberg L, Kleinman A. *The Relevance of Social Science for Medicine.*: Reidel Publishing; 1980. p. 165-96.
- 176 Khisa A, Omoni G, Nyamongo I, Spitzer R. 'I stayed with my illness': a grounded theory study of health seeking behaviour and treatment pathways of patients with obstetric fistula in Kenya. *BMC Womens Health.* 2017 Sep; 17(1): p. 92.
- 177 Schettini P, Cortazzo I. *Análisis de datos cualitativos en la investigación social. Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa* La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2015.

3. ANEXOS

10.1 Aval Comité Ética Universidad del Valle



FACULTAD DE SALUD
Vicedecanato De Investigaciones Y Posgrados
Comité de Ética Humana

ACTA DE APROBACION N°(015-019)

Proyecto:

"EL PROCESO DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN DE MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. POPAYÁN 2018"

Investigador Principal:

JESSICA LIZETH VALENCIA RODRIGUEZ / NHORA LUCÍA ARIAS

Código Interno: (108-019)

Fecha en que fue sometido:

DIA	MES	AÑO
12	08	2019

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (**CIREH**), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2013; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica que:**

1. Sus miembros revisaron los siguientes **documentos** del presente proyecto:

X	Protocolo de Investigación
X	Instrumentos de recolección de datos
X	Formato de consentimiento informado
X	Soportes solicitados por el CIREH
X	Cartas de las instituciones participantes
	Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité.
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo:**

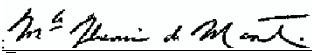
	Sin riesgo
X	Riesgo mínimo
	Riesgo mayor del mínimo

4. Las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.

6. Informará inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
 - c. Lesiones a sujetos humanos.
 - d. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
 - e. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
7. El presente proyecto ha sido **aprobado** por un periodo de un **(1) año** a partir de la fecha de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán ser sometidos nuevamente con todos los documentos para revisión actualizados.
8. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente.
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. Cualquier decisión tomada por otros comités de ética
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe al final del año de aprobación. Los proyectos de duración mayor a un año, deberán solicitar la renovación del aval adjuntando los documentos solicitados por el CIREH

Fecha:

DIA	MES	AÑO
10	09	2019

Firma: 

Nombre: María Florencia Velasco De Martínez

Capacidad
Representativa: PRESIDENTE

Teléfono: 5185677

10.2 Aval Comité Ética Hospital Universitario San José Popayán

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>POPOPAYÁN - CALDAS</small> <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 3

ACTA DE AVAL: ACTA N° 03 - 2019

PROYECTO: "EL PROCESO DE BUSQUEDA DE ATENCION EN MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. POPAYÁN 2018 - UNIVERSIDAD DEL VALLE"

Tipo de investigación: Cualitativa - Muestreo teórico

Investigador principal: Jessica Lizeth Valencia Rodríguez

Asesor temático: Nhora Lucia Arias

Institución: Universidad del Valle

Estudio para optar el título de Magister en Salud Pública.

Código interno 0010HUSJ-CI Fecha en que fue solicitado: 12 03 2019

El comité de Ética de la investigación científica del Hospital Universitario San José creado mediante Resolución 0665 del 19 de Octubre de 2011, regido por la Resolución 008430 de 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud y Seguridad Social por el cual se determinan las normas Éticas, Científicas, Técnicas, Administrativas de la investigación científica de salud en Colombia, la declaración de Helsinki de 1964, el Código de Belmont, el Código de Regulaciones Federales del Instituto Nacional de Salud Norteamericano.

Número de miembros: seis (6), todos los miembros participaron en la aprobación del proyecto.

Listado de miembros:

Dra. Shirley P. Albor


Dr. Jairo Valencia

Dr. Roberth Ortiz Martínez

Dra. Yolanda Botero de Casas

Dra. María Eugenia Miño

Enf. Enid Garzón

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <small>INSTITUCIÓN SOCIAL EN LA VENTURA HUMANITARIA</small> <i>Juntos mejoramos tu salud</i>	COMITÉ DE ETICA DE LA INVESTIGACION CIENTIFICA	FO-ARH-01
		Versión: 02
		Página 1 de 3

Este comité avala el presente proyecto, previo estudio, análisis del:

<input checked="" type="checkbox"/>	Resumen del proyecto	<input checked="" type="checkbox"/>	Presupuesto
<input checked="" type="checkbox"/>	Marco teórico	<input checked="" type="checkbox"/>	Instrumentos de recolección de datos
<input checked="" type="checkbox"/>	Objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	Formatos y anexos
<input checked="" type="checkbox"/>	Metodología	<input checked="" type="checkbox"/>	Consentimiento Informado
<input checked="" type="checkbox"/>	Análisis del riesgo	<input checked="" type="checkbox"/>	Manejo de la confidencialidad
<input checked="" type="checkbox"/>	Operacionalidad de las variables		

Beneficio: Si bien en el mundo ha habido una notable reducción de muertes maternas, dichas disminución ha sido diferencial en países más pobres. Es necesario crear estrategias que mejoren el acceso a la anticoncepción y la atención prenatal por personal cualificado. Las mujeres sobrevivientes de la experiencia pueden informar mejor los diferentes problemas y obstáculos que tuvieron durante el proceso de atención. A parte de la hemorragia obstétrica y la enfermedad hipertensiva, pueden existir otros datos cualitativos; la entrevista suministrada permite entender las perspectivas que tienen las mujeres respecto a su propia experiencia. El abordaje cualitativo, utilizando la teoría fundamentada que permite identificar procesos en un contexto social posibilita establecer el significado personal que da cada cual según su saber y entender.

El investigador principal informará al Comité de Ética de la Investigación Científica lo siguiente:

- De cualquier cambio que se presente en el proyecto.
- Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio que pueda afectar la tasa riesgo beneficio para los sujetos de la investigación.
- La suspensión o terminación prematura del proyecto.
- Al finalizar el estudio los investigadores responsables del proyecto deberán presentar un informe de los resultados obtenidos al Hospital Universitario San José, para los efectos pertinentes como publicaciones, acceso bibliográfico u otros.
- Se llevara a cabo por parte del comité seguimiento del desarrollo del proyecto de manera aleatoria.
- Las decisiones significativas tomadas por otro Comité de Ética o autoridades reguladoras para el estudio propuesto y una indicación de la modificación o modificaciones del protocolo realizadas en esa ocasión.

10.3 Guía de entrevista

Como hemos comentado previamente este proyecto tiene como objetivo explorar el proceso de búsqueda de ayuda de atención de mujeres con Morbilidad Materna Extrema en Popayán durante el año 2018

1.- Descubrir la situación de salud.

- Escenario
- Actores
- Acciones
- Consecuencias

2.- Diagnostico

- Escenario
- Actores
- Acciones
- Consecuencias

3.- Tratamiento

- Escenario
- Actores
- Acciones
- Consecuencias

4.- Egreso

- Escenario
- Actores
- Acciones
- Consecuencias

10.4 Consentimiento Informado

PROYECTO: EL PROCESO DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN DE MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. POPAYAN 2018

Consentimiento informado

Se entiende por CONSENTIMIENTO INFORMADO el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal en caso de menores de edad, autoriza la participación en la investigación, con pleno conocimiento y naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna².

La presente investigación tiene como OBJETIVO explorar el proceso de búsqueda de ayuda de atención de mujeres con Morbilidad Materna Extrema en Popayán durante el año 2018

La participación en este trabajo es estrictamente voluntaria, se aplicará una guía de entrevista con preguntas orientadoras sobre el tema del estudio, la entrevista tendrá una duración de 60 minutos en un horario concertado con el participante y en caso de ser necesario se realizará una entrevista adicional

Su participación podría generar algunas molestias por la temática a abordar, pero los resultados obtenidos se esperan sean un insumo para que se elaboren planes de mejora por parte del personal de salud de las instituciones de salud participantes

La información recolectada será manejada de forma anónima y no aparecerá su nombre en ninguna publicación o documento, sin embargo, los datos obtenidos podrán ser usados en informes e intervenciones para las mujeres que acudan a los servicios de las instituciones. Esta información será conocida solamente por la investigadora del proyecto, Jessica Valencia.

Es de importancia aclarar que su participación no implica ningún gasto económico para usted o su familia, las inquietudes o dudas puede generarlas en cualquier momento y la investigadora responderá a estas de forma oportuna y adecuada, además podrá desistir de participar si así lo desea sin atribuir algún perjuicio hacia usted. Se le entregará copia de este documento.

Si usted ha decidido participar en este estudio y autoriza el uso de los datos aquí recolectados en futuros estudios, siempre con previa autorización del comité de ética, por favor diligencie los campos y firme en el espacio correspondiente a su nombre.

Autorización para el uso de los datos en futuros estudios previa autorización del comité de ética; acepto: Si ____ No ____

Yo _____ mayor de edad, identificado con CC. N° _____ he leído y comprendido toda la información aquí escrita por lo cual he decidido a participar voluntariamente de este estudio.

Firma_____ (Huella dactilar en caso de analfabetismo)

Continuación Consentimiento Informado para padres o tutor de menores de edad

Testigos

Firma: _____

Firma: _____

Cedula:

Cedula:

Si tiene alguna duda o comentario favor comunicarse con Jessica Valencia (cel. 3124580274)

En caso de analfabetismo:

“He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al participante potencial y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que ha dado su asentimiento libremente”.

PROYECTO: EL PROCESO DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN DE MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. POPAYAN 2018

Consentimiento informado

Se entiende por CONSENTIMIENTO INFORMADO el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal en caso de menores de edad, autoriza la participación en la investigación, con pleno conocimiento y naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna².

La presente investigación tiene como OBJETIVO explorar el proceso de búsqueda de ayuda de atención de mujeres con Morbilidad Materna Extrema en Popayán durante el año 2018

La participación en este trabajo es estrictamente voluntaria, se aplicará una guía de entrevista con preguntas orientadoras sobre el tema del estudio, la entrevista tendrá una duración de 60 minutos en un horario concertado con la participante y el o los padre (s) de familia, tutor (es) legal (es) de la menor de edad, y en caso de ser necesario se realizará una entrevista adicional

La participación en el estudio podría generar algunas molestias por la temática a abordar, pero los resultados obtenidos se esperan sean un insumo para que se elaboren planes de mejora por parte del personal de salud de las instituciones de salud participantes.

La información recolectada será manejada de forma anónima y no aparecerá el nombre de la menor ni de su(s) padre (s) o tutor (es) en ninguna publicación o documento, sin embargo, los datos obtenidos podrán ser usados en informes e intervenciones para las mujeres que acudan a los servicios de las instituciones. Esta información será conocida solamente por la investigadora del proyecto, Jessica Valencia.

Es de importancia aclarar que la participación en esta investigación no implica ningún gasto económico para la menor, usted (es) o su familia, las inquietudes o dudas pueden generarlas en cualquier momento y la investigadora responderá a estas de forma oportuna y adecuada, además podrán desistir de participar si la menor o usted (es) así lo desea (n) sin atribuir algún perjuicio hacia la menor o usted (es). Se le (s) entregará copia de este documento.

Si usted ha decidido autorizar la participación en este estudio de la menor _____ y autoriza el uso de los datos aquí recolectados en futuros estudios, siempre con previa autorización del comité de ética, por favor diligencie los campos y firme en el espacio correspondiente a su nombre.

Autorización para el uso de los datos en futuros estudios previa autorización del comité de ética; acepto: Si____ No____

Si la menor ha decidido participar en este estudio, con la previa firma del Asentimiento informado el cual se entrega junto a este documento, y usted (es) en el carácter de padre

(s) de familia, o tutor legal (es) legales de la menor, autoriza(n) la participación de la misma, por favor firmen en el espacio correspondiente a su nombre.

Por el/los padre(s) de familia, o tutor(es) legales de la menor:
Y _____

mayor de edad, identificado(a) con CC . N° _____ , y Yo

mayor de edad, identificado (a) con CC . N° _____ actuando
en carácter de padre/madre de familia ____ o tutor legal ____ de la menor
_____ identificada

con ____ N° _____, he leído y comprendido toda
la información aquí escrita y se me ha socializado y entregado la firma del asentimiento
de la menor de edad _____
identificada con N° _____ , por lo cual autorizo la
participación de la misma voluntariamente de este estudio.

Testigos

Firma: _____

Firma: _____

Cedula:

Cedula:

En caso de analfabetismo:

“He sido testigo(a) de la lectura exacta del documento de consentimiento informado al participante potencial y sus representantes legales (padre (s) de familia o tutor legal y la(s) persona(s) ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando de que ha dado su asentimiento libremente”.

Si tiene alguna duda o comentario favor comunicarse con Jessica Valencia (cel 3124580274)

²Art. 14 Resolución N° 008430 de 1993.

10.5 Asentimiento

PROYECTO: EL PROCESO DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN DE MUJERES CON MORBILIDAD MATERNA EXTREMA. POPAYAN 2018

Asentimiento informado

Se entiende por ASENTIMIENTO INFORMADO el acuerdo por escrito, mediante el cual tu como menor de edad participante en la investigación manifiestas el deseo de participar en la investigación, evidenciando que conoces la razón del por qué se hace la investigación, como se realizará, cuales son los beneficios y los riesgos a que te someterás, y que esto se ha realizado voluntariamente y que tú elegiste libremente sin que nadie te presionara u obligara a participar.

La presente investigación tiene como OBJETIVO explorar el proceso de búsqueda de ayuda de atención de mujeres con Morbilidad Materna Extrema en Popayán durante el año 2018. La Morbilidad Materna Extrema es una situación que se presenta antes, durante y/o después de un embarazo que puso en peligro la vida de la mujer durante la gestación o en los primeros días después de la misma, pero que gracias a diferentes factores se salvó de morir.

Con este estudio se quiere conocer como las mujeres llegaron a buscar la atención cuando se enfermaron o se presentó el evento que puso en peligro su vida, porque comprenderlo podrá hacer que en las instituciones de salud se generen estrategias para mejorar la atención de las mujeres en todo el proceso del embarazo, parto y después del parto.

Se va a realizar una entrevista que son preguntas sobre el tema del estudio, principalmente tu comentaras como fue lo que te sucedió, esa entrevista será grabada y se espera que la entrevista tenga una duración de 60 minutos en un horario concertado contigo y tu padre y/o madre o tutor(es) legal(es) y en caso de ser necesario se realizará una entrevista adicional. Después esa entrevista será analizada y los datos se procesaran para poder tener una información sobre la Morbilidad Materna Extrema. Yo como investigadora guardaré la información y la custodiaré.

La información recolectada será manejada de forma anónima y no aparecerá tu nombre en ninguna publicación o documento, sin embargo, los datos obtenidos podrán ser usados en informes e intervenciones para otras mujeres que acudan a los servicios de las instituciones de salud. Esta información será conocida solamente por la investigadora del proyecto, yo, Jessica Valencia.

Es importante aclarar que tu participación no implica ningún gasto económico para ti o tu familia, las inquietudes o dudas puedes generarlas en cualquier momento y responderé de forma oportuna y adecuada, Se te entregará copia de este documento.

Cabe aclarar que, durante la o las entrevistas, se podrían generar algunas molestias para ti, como que te pongas triste al recordar lo sucedido, que tengas ganas de llorar o llores y que tengas diferentes sentimientos encontrados principalmente, y esto es normal porque sabemos que es un tema sensible, sin embargo yo estaré presta a detenernos, y resolver la situación durante la entrevista o guiarte hacia los servicios de salud si se requiere, sin embargo se espera que los resultados obtenidos en esta investigación y con tu participación sean de mucho beneficio para otras mujeres.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tu padre y/o madre o tu(s) tutor(es) legales hayan autorizado tu participación en este estudio, si tu no quieres hacerlo puede decir que no en cualquier momento, ahora que estamos pidiendo tu consentimiento o en cualquier momento de la investigación.

Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado no deseas continuar en el estudio, no habrá ningún problema y puedes retirarte del estudio sin ninguna repercusión, o si no deseas responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información recolectada será confidencial. Esto quiere decir que no le diremos a nadie tus respuestas o sus datos personales, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, por favor marca una X (**X**) en el cuadro de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre.

Si no deseas participar, marca una X (**x**), en el cuadro de abajo que dice “No quiero participar” y escribe tu nombre.

☐ Sí quiero participar ☐ No quiero participar

Nombres y Apellidos : _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

JESSICA LIZETH VALENCIA RODRIGUEZ

Investigador

Fecha: _____

Cédula: _____

Testigos

Firma: _____

Firma: _____

Cedula:

Cedula:

Es del menor _____

Es del menor _____

En caso de analfabetismo:

“He sido testigo(a) de la lectura exacta del documento de consentimiento informado al participante potencial y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando de que ha dado su asentimiento libremente”. Si tiene alguna duda o comentario favor comunicarse con Jessica Valencia (cel 3124580274)